Université de Montréal

Recours à l'avortement provoqué à Lomé (Togo) : évolution, facteurs associés et perceptions

Par
Afiwa N'BOUKE

Département de démographie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)
en Démographie

Juillet 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

Recours à l'avortement provoqué à Lomé (Togo) :
évolution, facteurs associés et perceptions

Présentée par :
Afiwa N'BOUKE

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Thomas LeGrand, président-rapporteur
Solène Lardoux, directrice de recherche
Anne-Emmanuèle Calvès, co-directrice
Nathalie Mondain, membre du jury
Agnès Guillaume, examinatrice externe
Mamoudou Gazibo, représentant du doyen

Résumé

Le sujet de l'avortement provoqué demeure encore tabou au Togo et la compréhension du phénomène reste incomplète. La présente étude vise à dresser un portrait complet de ses divers aspects dans la capitale togolaise, qui a connu une baisse importante de la fécondité au cours des dernières années. À partir des données des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1988 et 1998, et de celles de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP) de 2002, l'étude montre que le recours à l'avortement est à la hausse à Lomé, bien que l'estimation de son ampleur dépende de la méthode utilisée. Plus de 32 % des femmes ayant déjà été enceintes ont déclaré avoir avorté au moins une fois. Toutefois, l'avortement est plus fréquent chez les jeunes, qui y ont recours de manière plus précoce et plus rapprochée que leurs aînées. En contribuant ainsi à la régulation des naissances, l'avortement réduit la fécondité de 10 à 12 %.

En utilisant les données de l'EPAP, réalisée auprès de 4755 femmes âgées de 15-49 ans, nous avons aussi étudié le recours à l'avortement comme une séquence d'étapes débutant par l'exposition au risque de grossesse jusqu'au recours à l'avortement, en passant par une absence de pratique contraceptive et le fait qu'une grossesse qui survient soit déclarée « non désirée ». L'ethnie et la génération sont associées à certaines étapes de la séquence alors que la religion, la parité, le statut matrimonial et le niveau d'instruction sont associés aux quatre étapes. Ainsi, le risque élevé d'avorter chez les femmes instruites découle en fait de leur risque élevé à toutes les étapes. En étant moins à risque de grossesse, les femmes qui ont au moins deux enfants sont plus susceptibles que les nullipares, d'utiliser une contraception moderne, de déclarer une grossesse comme non désirée et d'avorter. Si plusieurs grossesses non désirées surviennent aux âges jeunes, c'est surtout le caractère « hors union » de la grossesse qui fait qu'elle est considérée comme « non désirée » et interrompue. En outre, les femmes qui ont déjà avorté ou utilisé une contraception sont plus enclines à recourir à un avortement.

Les résultats montrent également que le partenaire soutient souvent la femme dans la décision d'avorter et s'acquitte des coûts dans la majorité des cas. Malgré le fait qu'ils

soient illégaux, plus de 40 % des avortements sont pratiqués à Lomé dans des centres de santé, par un membre du personnel médical, et à l'aide du curetage ou de l'aspiration. Mais, la moitié de ces avortements (22 %) avait été tentée au préalable par des méthodes non médicales. Plusieurs avortements ont aussi lieu soit à domicile (36 %), soit chez des tradi-thérapeutes (24 %), grâce à des méthodes non médicales. Par ailleurs, près de 60 % des avortements ont entraîné des complications sanitaires, conduisant la majorité des femmes à une hospitalisation. Sur le plan psychologique et relationnel, nous avons montré que la plupart des avortements ont entraîné des regrets et remords, de même que des problèmes entre les femmes et leurs parents. Les parents soutiennent en fait peu les femmes dans la décision d'avorter et interviennent rarement dans le paiement des coûts.

L'étude a enfin révélé que la loi sur l'avortement est peu connue. Cependant, être âgée de 25 ans ou plus, en union ou très instruite, connaître des méthodes contraceptives, le recours d'une parente ou amie à l'avortement sont associés, toutes choses égales par ailleurs, à une plus grande chance de connaître la loi. L'analyse, en appuyant des déclarations des professionnels de la santé et des femmes, montre que malgré sa forte prévalence à Lomé, le recours à l'avortement demeure largement stigmatisé. Les quelques professionnels et femmes qui se sont prononcés en faveur de sa légalisation pensent que celle-ci permettrait de « réduire les avortements clandestins et risqués ». En fait, ce sont les femmes les plus instruites, âgées de 25 ans ou plus, utilisant la contraception, ayant déjà avorté ou connaissant quelqu'un l'ayant fait, qui sont plus aptes à approuver la légalisation de l'avortement. Celles qui appartiennent aux églises de type « pentecôtiste », plus sévères quant aux relations sexuelles hors mariage, sont par contre moins susceptibles que les catholiques d'avoir une telle attitude positive.

Mots clés : avortement provoqué, estimation, évolution, étapes séquentielles, conditions, conséquences psychologiques, connaissance de la loi, légalisation, Afrique, Togo.

Abstract

Induced abortion remains a taboo topic in Togo and the understanding of the phenomenon is still incomplete. This study aims to provide more complete portrait of its various aspects in the Togolese capital city, Lomé, where an important decrease in fertility has occurred during recent years. Using data from the 1988 and 1998 Demographic and Health Surveys (DHS) and from the 2002 Survey on Family Planning and Induced Abortion (EPAP), results clearly show that induced abortion prevalence has increased in Lomé, although the estimate of its magnitude depends on the method used. Overall, more than 32 % of ever-pregnant women declare having had at least one abortion. However, abortion is more common among young women, who make use of it at an earlier age and more frequently than older women. The intensity of abortion should then reduce fertility by 10 to 12 %.

Using data from EPAP, conducted among 4755 women aged 15-49, we approached the abortion as a sequence of stages beginning with exposure to a pregnancy, going through a lack of contraceptive use and a declaration of a pregnancy as “unwanted” by the woman, and ending with abortion. While ethnicity and generation influence certain stages leading to the abortion, women’s religion, marital status and age, educational attainment and parity have significant association with all four stages. Thus, the expected high risk of abortion among educated women results from their higher likelihood at all stages. Even if they are less at risk of a pregnancy, women who have at least two children are more likely to use modern contraception, to declare a pregnancy as unwanted and to end it through abortion, compared to childless women. Even if several unwanted pregnancies occur at younger ages, it is mainly the “out of wedlock” character of the pregnancy that leads it to be considered as unwanted and to be interrupted. In addition, women who had a previous abortion or who used contraception are more likely to resort to abortion.

The study also shows that the partner often supports the woman in the abortion decision-making process, and, in most cases, he pays the related costs. Even though they are clandestine, more than 40 % of abortions in Lomé are performed in healthcare centers by

medical staff, and by using curettage or aspiration. However, in half of these cases (22 %), abortions had been previously attempted using non-medical methods. Probably to keep the abortion secret, many abortions also take place either at home (36 %) or through traditional therapists (24 %) using non-medical abortion methods. Consequently, almost 60 % of abortions resulted in health complications, leading the majority of women to hospitalization. On the psychological and relational side, we find that most women who have had abortions express regrets and remorse, and also commonly speak of problems between themselves and their parents. In fact, parents are rarely involved in the abortion decision-making and almost never pay the abortion fees.

Finally, this study shows that the abortion law is barely known in Lomé. However, being older than 24 years, in a relationship or highly educated, having knowledge of contraceptive methods, having a relative or a friend who had an abortion are associated, other factors being equal, to a better knowledge of the law. By supporting qualitative statements from health professionals and women, the analysis illustrated that, despite its high prevalence in Lomé, abortion remains widely stigmatized. The few professionals and women, who are in favour of its legalization, believe that this would “reduce illegal and unsafe abortions”. Opinion on the legalization of abortion, which remains a sensitive and little studied topic, is influenced by women’s characteristics, especially their religion. In fact, women attending “Pentecostal churches”, which are less tolerant of sexual relations outside marriage, are less likely than Catholics to approve the legalization of abortion. The most educated and older women, those who use contraception, who had an abortion or know someone who had an abortion, are also more likely to have such positive attitude.

Keywords: induced abortion, estimation, evolution, sequential stages, conditions, psychological consequences, knowledge of abortion law, legalization, Africa, Togo.

Table des matières

Liste des tableaux

Liste des graphiques

Liste de cartes et de schémas

Définition de sigles et abréviations

ATBEF : Association togolaise pour le bien-être familial

CIPD : Conférence internationale sur la population et le développement

CHU : Centre hospitalier universitaire

DGSCN : Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale

EDS : Enquête démographique et de santé

EPAP : Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué

FS : Formation sanitaire

IPPF : Fédération internationale du planning familial

ISA : Indice synthétique d'avortement

ISF : Indice synthétique de fécondité

OMS : Organisation mondiale de la santé

PF : Planification familiale

UA : Union africaine

UNFPA : Fonds des Nations unies pour la population

URD : Unité de recherche démographique

USAID : Agence des États-Unis pour le développement international

Dédicace

Je dédie cette thèse

À mon père, pour ses encouragements incessants et ses bénédictions ;

À ma mère, pour sa compréhension et son soutien ;

À ma sœur et mes frères, pour leur soutien.

Remerciements

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à mes directrices de thèse, Solène Lardoux et Anne Calvès, qui n'ont ménagé aucun effort pour assurer un encadrement attentif et sans relâche. Leurs remarques, conseils et encouragements ont été précieux pour le bon déroulement de ce travail.

Mes remerciements vont également à l'endroit des membres du jury, pour avoir accepté d'évaluer ce travail et pour leurs commentaires visant à son amélioration.

Je remercie le directeur du département de démographie, Thomas LeGrand, pour son soutien ; les professeurs, pour leurs enseignements et leurs diverses contributions à ma formation. Que le personnel administratif dudit département soit également remercié, pour leur collaboration.

Cette thèse s'inscrit dans le cadre du « Projet population et santé en Afrique (PPSA) », financé par la fondation Bill et Melinda Gates. J'exprime ma profonde gratitude à ce projet qui a financé la majeure partie de la thèse. Je remercie aussi la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal pour la bourse d'études qui m'a été accordée au cours de mon dernier trimestre universitaire.

Je suis reconnaissante envers l'Unité de recherche démographique (URD) de l'Université de Lomé, pour m'avoir permise d'accéder aux données de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué à Lomé (EPAP), la principale source de données utilisée dans cette étude.

Mes remerciements vont aux boursiers du PPSA et à tous mes collègues du département de démographie, en particulier ceux de mon bureau, pour leur collaboration et nos échanges. J'adresse spécifiquement mes remerciements à Yodé Miangotar, Bilampoa Thiombiano et Vissého Adjiwanou, pour leurs commentaires, lectures et divers appuis.

Je tiens enfin à remercier toutes les personnes, amis, parents et membres de ma famille, qui m'ont soutenue et aidée, de près ou de loin, tout au long de la réalisation de mes recherches doctorales. Je remercie particulièrement Lolali Adadé, Nora Brutus, Janvier Ahounou et Maman Dogba, pour leurs encouragements.

Je ne saurais terminer sans rendre grâce à Dieu qui a toujours été à mes côtés durant toutes ces années.

Introduction générale

I. Questions de recherche

On estime que 41,6 millions d'avortements ont eu lieu en 2003 dans le monde, dont 35 millions dans les pays en développement (Sedgh *et al.*, 2007a). Mais, au moins 66 500 femmes sont décédées dans le monde la même année des conséquences d'un avortement à risque (World Health Organization, 2007). Se pratiquant majoritairement de façon illégale (Henshaw *et al.*, 1999a), l'avortement à risque[1] est en fait une importante cause de mortalité maternelle en Afrique. Les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont montré que 5,5 millions d'avortements à risque y ont eu lieu en 2003, dont 1,5 millions en Afrique de l'Ouest, et que 36 000 africaines, dont 12 000 en Afrique de l'Ouest, en sont décédées. L'avortement est ainsi la cause de près de 14 % des décès maternels en Afrique (World Health Organization, 2007). Or, réduire la mortalité maternelle d'ici 2015 est le cinquième objectif du millénaire pour le développement des Nations unies. L'atteinte de cet objectif est compromise pour plusieurs pays si les avortements continuent d'être pratiqués de façon illégale et dans des conditions dangereuses. La crise économique mondiale semble aussi aggraver la situation, à cause du manque de financement de plusieurs programmes dans le domaine de la santé, ainsi que de la moindre prise en compte de la planification familiale (PF) et des services de santé reproductive par les pays à faible revenu, par les agences de développement et par les organismes d'aide[2].

Par ailleurs, des études ont montré que les niveaux élevés de mortalité liée à l'avortement en Afrique sont principalement attribuables, entre autres, à l'accès limité aux services de santé reproductive, au contexte social et légal contraignant des avortements, et au recours à

---

[1] L'avortement est l'expulsion hors de l'utérus de l'embryon ou du fœtus. Dans ce document, « l'avortement » renvoie à « l'avortement provoqué » qui résulte de manœuvres délibérées visant l'interruption d'une grossesse. Il s'oppose à l'avortement spontané ou « fausse couche », diffère de l'avortement thérapeutique et se pratique souvent en Afrique de façon clandestine et risquée. Des définitions plus détaillées sont présentées dans l'encadré 1 et 2 de l'annexe 1.

[2] Planification familiale : L'ONU dénonce un désintérêt des États. Article paru le 02/07/2009 sur le site de « Afrique en Ligne », et consulté en juillet 2010 http://www.afriquejet.com/actualites/societe/planification-familiale:-l%27onu-denonce-un-desinteret-des-etats-2009070330961.html

des avortements à risque (Hord *et al.*, 2006). En effet, ces avortements à risque se perpétuent à cause des lois restrictives sur l'avortement et du faible accès à des services d'avortement de qualité (Hord *et al.*, 2006). De plus, les jeunes femmes célibataires, dont l'activité sexuelle est souvent mal perçue par la société et qui ont un accès limité aux services de santé reproductive et sexuelle, sont particulièrement susceptibles d'avoir recours à des avortements à risque (Guillaume, 2004a). La plupart de ces jeunes célibataires, également à risque d'infections sexuellement transmissibles dont le VIH/Sida, dépendent souvent financièrement de leurs parents ; ce qui rend difficile la prise en charge d'une éventuelle grossesse non désirée ou non planifiées et d'une fécondité précoce. Par conséquent, le contexte socio-économique et culturel dans lequel interviennent certaines grossesses « hors normes » ou non désirées, la crainte d'une stigmatisation sociale, la peur des sanctions légales et religieuses suite à un avortement conduisent les femmes en général, les adolescentes et jeunes femmes en particulier, à prendre des risques sanitaires en avortant clandestinement (Plummer *et al.*, 2008).

Pourtant, lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994 et de la quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing en 1995, où le sujet de l'avortement a été largement abordé, les gouvernements ont été invités à s'engager davantage en faveur de la santé des femmes (Nations Unies, 1994, 1996). D'ailleurs, un des problèmes signalés dans le projet de politique nationale de population au Togo (DPP, 2004) est celui de la fécondité élevée qui est « caractérisée par des maternités précoces, non désirées et rapprochées, entraînant une forte prévalence des problèmes de santé de la reproduction ». Cependant, malgré ce niveau élevé de fécondité, le Togo a connu une baisse non négligeable de la fécondité lors de ces dernières décennies et l'offre de contraceptions modernes semble avoir également progressée (Vignikin, 2007). En effet, d'après les données des *Enquêtes démographiques et de santé* (EDS) de 1988 et 1998 et de l'enquête *Analyse de la situation en santé de la reproduction au Togo* (AS/SR) de 2003, l'indice synthétique de fécondité (ISF) du Togo est passé de 6,4 à 5,2 enfants par femme entre 1988 et 2003. Dans le même temps, le taux de prévalence des méthodes modernes de contraception a plus que doublé, passant de 3,4 % en 1988 à 7,9 % en 1998, puis à 12,4 % en 2003 (Agounke *et al.*, 1989; Anipah *et al.*, 1999; URD, 2004a). Outre le rôle important de cette pratique contraceptive dans la régulation des naissances au Togo

(Vignikin et Adjiwanou, 2004), et à l'instar d'autres pays africains, la « modernisation », l'urbanisation, la scolarisation et la crise sociopolitique et économique conduisent aussi souvent à une moindre demande d'enfants et à la modification de comportements sociodémographiques (Antoine et Beguy, 2005; Locoh, 1993; Rossier *et al.*, 2006).

De plus, l'avortement semble avoir également joué un rôle dans cette baisse de la fécondité, particulièrement à Lomé, la capitale. Des études antérieures (Amegee *et al.*, 2001; Vignikin et Adjiwanou, 2004) signalent, en effet, un recours fréquent à l'avortement provoqué comme mode de régulation des naissances. Respectivement 28 % et 33 % des femmes ayant déjà été enceintes et âgées de 15-49 ans à Lomé en 2000 et en 2002 ont déclaré avoir eu recours à au moins un avortement (Amétépé et Béguy, 2004; URD et DGSCN, 2001). Amétépé et Béguy (2004) montrent qu'à Lomé, plusieurs femmes utilisent exclusivement l'avortement pour réguler les naissances puisque 77 % des femmes déclarent n'avoir pas utilisé de méthodes contraceptives, ni avant, ni après leur premier avortement. La loi sur l'avortement étant restrictive au Togo, et le contexte socioculturel stigmatisant certains comportements sexuels et certaines grossesses « hors normes », la majorité des avortements provoqués se pratique clandestinement et dans des conditions dangereuses (Amegee, 1999; Amétépé et Béguy, 2004; Gbétoglo et Boukpéssi, 2004).

Dans un tel contexte, plusieurs questions sur le recours à l'avortement à Lomé se posent. Quelle est son ampleur réelle et sa contribution effective à la baisse de la fécondité ? Quels sont les facteurs associés au recours à l'avortement? Quelles circonstances régissent la décision et la pratique de l'acte, et quelles conséquences en découlent pour les femmes ? Enfin, y aurait-il une ouverture à Lomé pour la légalisation de l'avortement ?

II. Contexte et objectif de la thèse

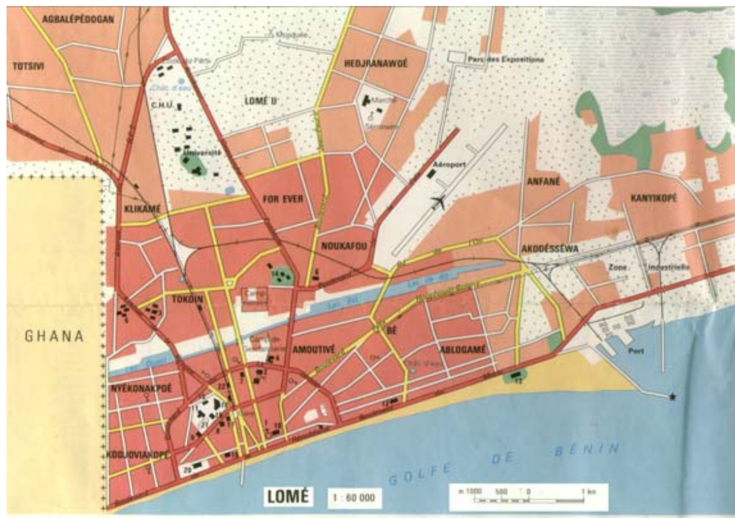
II.1 Description générale de Lomé

Lomé est la capitale et la principale ville du Togo (cartes 1). Avec environ un tiers de la population urbaine du Togo, la commune de Lomé avait une population de 750 757 habitants en novembre 2010, sur les 5 753 324 habitants que comptait tout le Togo, selon les résultats provisoires du quatrième recensement général de la population et de l'habitat

(DGSCN, 2011). Quant à la « grande agglomération de Lomé », constituée de la commune de Lomé et de sa périphérie urbaine, sa population s'élevait à 1 348 619. Cette population de Lomé est issue de différentes origines, donc de diverses cultures, ethnies et religions. Elle s'est constituée des ethnies Mina et Anlo auxquelles se sont ajoutées les Éwé et les Ouatchi (Marguerat, 1992). Regroupées dans la présente étude sous le groupe « Adja-Éwé », ces ethnies sont majoritaires à Lomé, avec une prédominance d'Éwé et de Mina (Gervais-Lambony, 1994). Les autres ethnies du Togo sont aussi présentes, mais peu représentées à Lomé. Malgré cette diversité ethnique, la principale langue locale parlée est le « mina ». Les femmes sont très dynamiques à Lomé. Elles exercent le commerce comme principale activité économique (Kotokou, 1991), et sont chef d'une proportion non négligeable de ménages (Marguerat, 1992).

Cartes 1 : Cartes du Togo et de Lomé





II.2 Baisse de la fécondité, et modification du contexte d'entrée en sexualité et en vie féconde

À Lomé, tout comme dans les capitales de nombreux pays africains, des changements sociaux et économiques surviennent significativement, comparativement au milieu rural ou aux autres villes. Les capitales font face à une avancée de la modernisation et de l'urbanisation, à un accroissement de la scolarisation et de l'emploi des femmes, à une recrudescence des moyens de communication et du christianisme, et dans le même temps à une intensité de la pauvreté et de crises sociopolitiques ou économiques. Ces changements sont souvent associés à un recul de l'âge au mariage, une moindre demande d'enfants, un gain d'autonomie des femmes, et à une moindre pratique de l'allaitement et de l'abstinence (Beguy, 2004; Locoh, 1993; Rossier *et al.*, 2006). Par conséquent, Lomé semble être confronté à une demande croissante des modes de régulation des naissances, à une hausse de grossesses « non désirées » ou non planifiées, et à une baisse de la fécondité.

L'indice synthétique de fécondité (ISF) au niveau national est passé de 6,6 à 5,4 enfants par femme entre 1988 et 1998 (Agounke *et al.*, 1989; Anipah *et al.*, 1999), puis à 5,2 en 2003 (URD, 2004a). Cependant, la baisse a été plus prononcée dans la capitale Lomé où l'ISF est passé de 4,1 en 1988 à 2,9 enfants par femme en 1998, puis à 3,0 en 2003. Basée sur le modèle des déterminants proches de la fécondité de Bongaarts (1982), une analyse approfondie des données des deux EDS du Togo a montré que la baisse de fécondité observée entre 1988 et 1998 au niveau national s'expliquait principalement par l'évolution des comportements postpartum (allaitement et abstinence) et par le recul de l'âge au premier mariage (Amegee *et al.*, 2001). Le contexte de crise et de pauvreté économique, et l'avortement semblent aussi avoir contribué à la baisse, mais les données disponibles n'ont pas permis de confirmer cette hypothèse (Amegee *et al.*, 2001).

Selon certains auteurs, la période de non-susceptibilité postpartum joue un rôle majeur dans la baisse de la fécondité dans les pays en développement (Bongaarts *et al.*, 1984; Locoh, 2003). Les pratiques postpartum sont encore d'actualité à Lomé. En effet, près de 32 % des femmes interrogées en 2002 lors de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement

provoqué (EPAP) ont déclaré n'avoir jamais utilisé de contraception, ni d'avortement pour réguler les naissances (Amétépé et Béguy, 2004). Ces femmes ont peut-être privilégié les comportements postpartum à cause des coutumes qui favorisent une période d'allaitement au sein et d'abstinence postpartum prolongée, et selon lesquelles les rapports sexuels pendant l'allaitement souillent le lait maternel (Agounke *et al.*, 1989; Anipah *et al.*, 1999). Cependant, la durée médiane de non-susceptibilité postpartum semble avoir baissé à Lomé, passant de 15 à 12,1 mois entre 1988 et 1998 (Agounke *et al.*, 1989; Anipah *et al.*, 1999). La diminution de cette période devrait accroître l'exposition à des grossesses, mais, elle a peut-être été compensée par l'effet des autres déterminants de la fécondité.

La nuptialité joue également un rôle non négligeable dans la transition de la fécondité à Lomé, probablement à cause d'un changement du type d'union ou d'une mise en union retardée. D'une part, les unions sont souvent sans cohabitation des époux (Locoh, 1989). Cette absence de cohabitation peut être une stratégie de régulation de la fécondité (Locoh, 1993), car elle réduit la fréquence des rapports sexuels et augmente les chances de réussite des abstinences périodiques. D'autre part, l'âge médian à la première union est passé de 20,4 à 20,7 ans chez les femmes de 25-49 ans entre 1988 et 1998 (Agounke *et al.*, 1989; Anipah *et al.*, 1999). Néanmoins, le mariage serait plus tardif dans certains groupes ethniques, notamment chez les Éwé et Mina qui sont socialement et économiquement majoritaires à Lomé (Thiriat, 1998). En outre, une étude a montré, à partir des données de l'EPAP, qu'une entrée tardive en union était fortement associée à une descendance faible (Vignikin et Adjiwanou, 2004). Le recul de l'âge au mariage réduit, en effet, la durée d'exposition à des grossesses maritales, mais pourrait augmenter celle des grossesses prénuptiales (Thiriat, 1998).

Pourtant, un contrôle social en matière de sexualité prénuptiale existe au Togo. D'après une littérature anthropologique, certains groupes ethniques, tels que les « Adja-Éwé », « Kabyè », « Naoudéba » et « Cotocoli », exigeraient la virginité d'une nouvelle mariée (Thiriat, 1998). En exigeant en théorie la virginité de la fille, d'autres ethnies, notamment les « Tchokossi » et les « Bassar », autoriseraient en pratique la fille à avoir un amant ou une relation amoureuse. Enfin, chez les « Konkomba » et les « Moba », la fille devrait plutôt donner la preuve de sa fécondité avant le mariage. Mais, les rapports sexuels entre

fiancés sont interdits et la fidélité est exigée après le mariage. Malgré ces différences selon le groupe ethnique, le recul de l'âge au mariage à Lomé, comme dans plusieurs autres contextes africains, a été associé à une augmentation de la sexualité prénuptiale (Mensch *et al.*, 2006). Les données des EDS révèlent ainsi que le pourcentage de femmes célibataires à Lomé qui ont déjà eu des rapports sexuels est passé de 67 % en 1988 à 69 % en 1998. Et, une étude a montré que l'accroissement de l'activité prénuptiale serait lié à Lomé, non pas à une précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels, mais plutôt au recul de l'âge au mariage, à l'urbanisation, à l'allongement des études, à l'acquisition d'une autonomie vis-à-vis de la famille, et donc, à l'accès à une activité rémunérée (Thiriat, 1998). Ce qui accroît les possibilités de survenue des grossesses qui pourraient être considérées comme étant non désirées et ainsi avoir des risques élevés d'être interrompues par un avortement.

II.3 Une réticence à la pratique contraceptive et un accès difficile pour les jeunes

Par ailleurs, malgré la valorisation d'une fécondité élevée au Togo (Kouwonou, 1999; Vignikin, 2007), les couples semblent être de plus en plus favorables à une limitation des naissances. Une étude, menée à partir d'entretiens auprès de personnel médical, d'autorités religieuses et de chefs traditionnels, ainsi que des discussions de groupes d'hommes et/ou de femmes dans le Sud-est du Togo (Kouwonou, 1999), a révélé la primauté du coût de l'enfant et des moyens financiers dont disposent le couple dans leurs projets familiaux ou dans leur décision de planification familiale. Des raisons socio-économiques expliquent ainsi souvent l'avis favorable à la limitation des naissances (Westoff et Bankole, 2000).

Dans un contexte où les pratiques postpartum sont en baisse alors que le désir d'espacement et de limitation des naissances croît, les couples sont ciblés par des programmes visant l'utilisation de contraceptions modernes. Plusieurs efforts ont été faits en matière d'offre de contraceptions par le gouvernement, les associations et organismes non gouvernementaux, financés dans la plupart des cas par la Fédération internationale du planning familial (IPPF), le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou autres organismes. Créée en 1975, l'Association togolaise pour le bien-être familial (ATBEF) est très présente à Lomé à travers ses centres privés de planification familiale (PF). Le secteur public d'offre des contraceptions est assuré par la Direction de la santé familiale qui est rattachée au Ministère

de la santé publique et qui opère à travers le Programme national pour le bien-être Familial (PNBEF) (Amegee, 1999). Il existe aussi en dehors du système formel de contraception, un système informel qui passe par la vente de contraception au marché et sans prescription, d'herbes et d'autres produits pouvant même provoquer un avortement (Locoh, 1993).

L'utilisation des méthodes modernes de contraception par les femmes en union, même si elle reste faible, a connu une hausse à Lomé, de 6,9 % en 1988 à 10,7 % en 1998 (Agounke *et al.*, 1989; Anipah *et al.*, 1999). Des données plus récentes montrent que 13,1 % des femmes en union, vivant dans la capitale en 2003, utilisaient une méthode moderne (URD, 2004a). Toutefois, ce sont les méthodes contraceptives réversibles qui sont généralement utilisées par les femmes. Les données, issues de l'enquête *Analyse de la situation en santé de la reproduction au Togo* (AS/SR) de 2003 dévoilent en effet que les méthodes modernes principalement utilisées à Lomé par les femmes en union qui sont utilisatrices étaient l'injection (31,3 %), le préservatif masculin (22,9 %), la pilule (13,7 %) ou le dispositif intra-utérin (13,7 %) (URD, 2004a). Ces mêmes méthodes prévalaient déjà en 2000 : l'injection (34,6 %), le préservatif masculin (32,7 %), la pilule (11,5 %) ou le dispositif intra-utérin (11,5 %) (URD et DGSCN, 2001). Cependant, l'utilisation est différente chez les femmes qui sont hors union. En 2003, près de 41,4 % des femmes âgées de 12-49 ans qui n'étaient pas en union mais étaient sexuellement actives ont déclaré utiliser une méthode moderne de contraception (URD, 2004a) ; les méthodes les plus utilisées étant le préservatif masculin (79,2 %), la pilule (14,2 %) ou l'injection (5,3 %). La pilule demeure ainsi peu utilisée probablement parce que les prestataires, qui conseilleraient les méthodes selon le profil de la femme, ne recommandent pas souvent la pilule à des femmes non instruites (Kotokou, 1991). Certains prestataires imposeraient peut-être même parfois aux clientes des restrictions non fondées avant de leur fournir des méthodes de PF. Pourtant, selon les normes et les protocoles en santé de la reproduction du Togo, les contraceptions réversibles sont fournies à toute femme âgée de 12-45 ans, quelle que soit son histoire génésique ou son niveau d'instruction, et les méthodes irréversibles (ligatures des trompes et vasectomie) sont fournies aux personnes âgées d'au moins 32 ans, ayant eu au moins 2 enfants et présentant une attestation signée par chaque membre du couple (URD, 2004b).

Les méthodes non modernes ou naturelles, principalement l'abstinence ou le retrait qui sont souvent inefficaces, sont également toujours très utilisées par les couples à Lomé. Leur prévalence était de 12,6 % en 2003 au sein des femmes en union et de 16,7 % parmi les femmes qui ne sont pas en union (URD, 2004a). Ces méthodes ont un risque élevé d'échec pouvant entraîner la survenue de grossesses non désirées ou non prévues.

Dans l'ensemble, la prévalence des méthodes modernes de contraception est encore relativement faible, comparativement à l'amélioration de l'offre des méthodes, au niveau élevé de connaissance contraceptive et au niveau relativement élevé des « besoins non satisfaits » des femmes en matière d'espacement ou de limitation des naissances (Vignikin, 2007). Parmi les blocages à la contraception moderne, figurent la crainte d'éventuels effets secondaires et stérilité qui sont attribués à l'utilisation des méthodes, ainsi que certaines perceptions de la société selon lesquelles une pratique contraceptive encouragerait parfois l'infidélité ou la sexualité hors mariage chez les femmes (Kouwonou, 1999; Vignikin, 2007). Un autre obstacle important à l'utilisation des contraceptions est l'opposition du partenaire à la pratique puisque son approbation semble être important dans le contexte togolais (Vignikin, 2007). L'utilisation du préservatif masculin pourrait, par exemple, être difficile à négocier dans un contexte de « domination masculine ». De plus, les femmes qui n'ont pas l'accord de leur mari et celles qui ne sont pas mariées sont parfois mal reçues dans les structures de PF (Kotokou, 1991; Locoh, 1993), faisant penser à une inadéquation entre les services offerts et les femmes (Vignikin et Adjiwanou, 2004).

Les adolescents et jeunes, non mariés pour la plupart, ont un accès particulièrement limité aux services de planification familiale, de santé maternelle et infantile, à des informations sur la santé reproductive et sexuelle, principalement à cause de la réprobation sociale de la sexualité prénuptiale (Amegee, 2002). L'accès des jeunes à ces services est en effet encore assimilé à un encouragement de la « promiscuité » et de la « débauche », par une partie de la population togolaise (Amegee, 1999). Pour pallier ce manque d'accès, le centre de la jeunesse ATBEF de Lomé, crée en 1998 offre entre autres aux jeunes, une clinique qui leur permet de faire des tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles et des tests de grossesses, d'avoir des conseils en santé reproductive, d'avoir des produits de PF et quelques soins généraux (Speizer *et al.*, 2004). Toutefois, bien que ces services soient

utilisés en majorité par des jeunes non mariés, le centre est encore peu fréquenté (Speizer *et al.*, 2004). Cet accès difficile aux services et aux contraceptions modernes ainsi que l'échec fréquent des méthodes contraceptives, modernes comme non modernes, qui sont souvent utilisées mais en étant moins efficaces telles que le préservatif ou l'abstinence périodique contribueraient au recours fréquent à l'avortement chez ces adolescentes et jeunes.

II.4 Un recours fréquent, mais peu étudié, à l'avortement

Des études montrent que l'avortement joue un rôle important dans la réduction du nombre d'enfants à Lomé (Amegee *et al.*, 2001; Vignikin et Adjiwanou, 2004). De plus, puisque prouver sa fécondité lors du passage à l'âge adulte est une réalité dans certaines sociétés togolaises, certaines jeunes femmes ont recours à l'avortement en début de vie féconde après avoir prouvé leur capacité à concevoir (Locoh, 1993). Plusieurs femmes utilisent en conséquence l'avortement, soit exclusivement (7 %), soit conjointement (25 %) avec des méthodes contraceptives, pour réguler les naissances (Amétépé et Béguy, 2004).

Pourtant, l'accès à l'avortement a toujours été restrictif au Togo. L'article 317 du code pénal français de 1810, qui était en vigueur depuis l'indépendance (Assemblée Nationale Française, 1810), condamnait la femme, la personne ayant procédé à l'avortement et la personne ayant aidé la femme à avorter[3]. La loi française de 1920 (annexe 2), qui autorisait l'avortement seulement si la vie de la femme était en danger, régissait l'avortement jusqu'à récemment. La pénalité était de six mois à trois ans d'emprisonnement et une amende de 24 000 à 720 000 francs CFA (environ 47,14 à 1414,30 $ US[4]) pour une incitation ou une contribution pratique à l'avortement, considéré comme étant un crime. Le nouveau code pénal togolais de 1980, quant à lui, ne fait aucune référence à l'avortement (Assemblée Nationale Togolaise, 1980). Mais, la loi du 16 mai 1984 (annexe 3) condamne à un emprisonnement de un à cinq ans et à une amende de 500 000 à 1 000 000 francs CFA (environ 982,15 à 1964,31 $ US) toute personne qui contribuerait à faire avorter une fille régulièrement inscrite dans un établissement d'enseignement ou centre de formation professionnelle. Néanmoins, ces lois semblent être inappliquées puisque des personnes

---

[3] http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm , site consulté en septembre 2010.
[4] Convertisseur universel de devises (http://www.xe.com/ucc/convert.cgi) a été utilisé le 03 septembre 2010.

impliquées dans des avortements ne reçoivent presque jamais aucune sanction juridique et ne sont pas emprisonnées (Amegee, 2002).

Après la ratification du protocole de Maputo par le Togo en octobre 2005, la loi de 1920 a été abrogée et une nouvelle loi sur la santé de la reproduction a été adoptée par les parlementaires togolais en décembre 2006 (annexe 4). Promulguée en janvier 2007, la nouvelle loi, qui est une législation-type sur la santé de la reproduction élaborée et proposée par les parlementaires des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, assouplit les conditions du recours légal à l'avortement. Mais, il est légalement possible d'obtenir un avortement uniquement sur prescription d'un médecin et lorsque la grossesse est issue d'un viol ou d'un inceste, lorsque la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme, ou lorsque l'enfant est à haut risque d'être atteint d'une maladie grave. Dans la dernière situation, le médecin traitant devra informer le couple qui, pour prendre la décision d'interrompre ou non la grossesse, peut se référer à l'avis d'un collège de médecins s'il le sollicite.

Ces restrictions légales ainsi que les tabous relatifs au recours à l'avortement, qui est aussi socialement considéré au Togo comme un « acte criminel » (Kouwonou, 1999), conduisent à une rareté de données fiables pour l'étudier. Ils créent aussi un accès différentiel des femmes à l'avortement sans risque, puisque ce sont souvent les femmes ayant une meilleure condition socio-économique qui arrivent à se faire avorter dans des conditions acceptables dans des cliniques (Amegee, 1999). Bien que suggérant un recours fréquent à l'avortement, notamment chez les jeunes, et montrant certaines caractéristiques des femmes qui ont avorté (Adjahoto *et al.*, 1999; Amegee, 1999; Amétépé et Béguy, 2004; Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; URD et DGSCN, 2001; Vignikin et Adjiwanou, 2004), les rares études qui ont porté sur le recours à l'avortement à Lomé comportent des lacunes.

Tout d'abord, aucune de ces études n'a pu déterminer le pourcentage réel de réduction du nombre d'enfant induit par l'avortement à Lomé, et aucune n'a abordé le sujet de la connaissance de la loi, ni celui de la légalisation de l'avortement.

Généralement, les sources de données et les femmes ciblées diffèrent d'une étude à l'autre ; certaines études ont concerné le milieu hospitalier ou des centres de planification familiale,

alors que d'autres ont porté sur la population générale. Il est alors difficile de faire des comparaisons et d'avoir un aperçu global du recours à l'avortement à Lomé. En particulier, une étude a, par exemple, montré que près de 24 % des femmes de 15-47 ans venues en consultation dans trois centres de planification familiale (PF) à Lomé en 1998 et 27 % des femmes de 15-49 ans ayant consulté dans deux centres de PF en 1995 ont déclaré avoir déjà eu recours à un avortement (Amegee, 1999). Une autre étude effectuée en 2000 a révélé que 28 % des femmes de 15-49 ans, résidant à Lomé et ayant été enceintes au moins une fois, ont déjà eu recours à un avortement (URD et DGSCN, 2001). Ces études donnent une idée de mesure chiffrée du phénomène à Lomé. Cependant, elles ne permettent pas de connaître l'ampleur réelle du recours à l'avortement, ni d'établir son évolution.

En outre, deux des études existantes ont porté, entre autres, sur des facteurs liés au recours à l'avortement à Lomé (Amétépé et Béguy, 2004; Vignikin et Adjiwanou, 2004). Une troisième a décelé quelques caractéristiques qui influencent le risque d'avorter chez les jeunes femmes âgées de 15-24 ans (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004). Toutefois, ces études ne s'inscrivent pas dans un cadre explicatif global qui prend en compte différents aspects du phénomène ou les étapes séquentielles menant au recours à un avortement.

II.5 Objectif général de la thèse

En dressant un portrait le plus complet possible du recours à l'avortement à Lomé à partir des mêmes données, l'objectif de la présente thèse est donc de combler ces lacunes. Dans un tel contexte d'absence de tendance claire et d'insuffisance des connaissances sur les circonstances qui entourent le recours des femmes à l'avortement à Lomé, ce portrait prend en compte l'évolution du phénomène, son impact sur la fécondité et les facteurs qui y sont associés. Dépendamment du désir d'avoir ou non d'un enfant et de la prise de conscience du risque de tomber enceinte, qui se traduit par l'utilisation ou non d'une contraception, les femmes auront un cheminement différentiel pouvant les conduire ou non à un avortement. Cette recherche contribue alors particulièrement à identifier les facteurs associés à l'avortement ainsi que comment ces facteurs sont associés aux étapes séquentielles par lesquelles passent les femmes jusqu'au recours à l'avortement.

Puisque les avortements ont souvent lieu dans un contexte illégal, avec de sérieuses conséquences pour la santé des femmes, cette thèse explore enfin en profondeur les conditions et les différentes conséquences des avortements, de même que le niveau de connaissance de la loi et l'attitude vis-à-vis de la légalisation de l'avortement. L'analyse de cette attitude cherche à décrire les perceptions et discours qui entourent le phénomène dans la capitale togolaise.

III. Organisation de la thèse

Cette étude est organisée en six chapitres, hormis l'introduction et la conclusion générales. Le premier chapitre est une revue critique de la littérature qui couvre assez largement la question de l'avortement. Dans le but de montrer la pertinence d'une étude sur l'avortement provoqué et de mieux comprendre le contexte du recours à l'avortement en Afrique, ce chapitre fait l'état des connaissances sur les conditions et conséquences des pratiques d'avortement, sur l'évolution des lois en matière d'avortement, et sur les problèmes que pose la mesure du phénomène. En identifiant les différents déterminants et facteurs associés au recours à l'avortement en Afrique, nous terminons le chapitre par la présentation du cadre global d'analyse du recours à l'avortement sur lequel se base la présente thèse.

Le second chapitre décrit l'ensemble des données utilisées dans cette étude, leurs limites et avantages, ainsi qu'une évaluation de leur qualité puisque le statut juridique restrictif et la perception sociale de l'avortement influencent souvent la qualité des données (Guillaume, 2004a). Les données de la présente étude proviennent principalement d'une enquête originale, organisée en 2002 par l'Unité de recherche démographique (URD) de l'Université de Lomé et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP). La loi française de 1920, réprimant la provocation à l'avortement et autorisant l'avortement seulement si la vie de la femme est en danger, prévalait au Togo au moment de la collecte des données en 2002. Cette enquête a ciblé les femmes âgées de 15-49 ans à Lomé. Le volet quantitatif réalisé auprès d'un échantillon représentatif de 4755 femmes, les discussions auprès de dix groupes de femmes et onze entretiens individuels auprès de professionnels de la santé seront mobilisés tour à

tour pour les analyses. La combinaison des données qualitatives et quantitatives permettra ainsi de mieux cerner les opinions et normes qui entourent le recours à l'avortement. Les Enquêtes démographiques et de santé du Togo (EDST) de 1988 et de 1998 sont aussi utilisées comme sources secondaires de données.

Les résultats empiriques sont présentés sous formes d'articles, correspondant à quatre chapitres de la thèse. Plusieurs méthodes d'analyse (descriptives, explicatives, analyse de contenu) sont utilisées afin d'atteindre les objectifs de cette thèse. Puisqu'il s'agit d'une thèse par articles, il pourrait y avoir quelques répétitions entre le contenu des deux premiers chapitres et le contenu des articles. Toutefois, cette forme a l'avantage de favoriser une publication rapide des principaux résultats de la présente recherche. Les articles ont été préparés en collaboration avec mes deux directrices de thèses. Ma contribution a été principalement la conception de chacun des articles, le traitement et l'analyse statistique des données, l'interprétation des résultats et la rédaction des articles. Les co-auteures ont notamment révisé les articles, ont apporté des améliorations ou compléments, et surtout, ont procédé à des validations méthodologiques.

Dans le premier article (chapitre 3), nous cherchons à estimer l'ampleur du recours à l'avortement et son évolution à Lomé. Puisque l'avortement est quasi illégal au Togo, nous combinons une méthode indirecte, la méthode résiduelle basée sur le modèle des variables intermédiaires de la fécondité (Rossier, 2003) et appliquée aux données des deux EDST, et une méthode directe, appliquée aux données du volet quantitatif de l'EPAP. Tout en s'intéressant aux changements intervenus dans la fréquence et dans le calendrier du recours à l'avortement selon les générations de femmes, nous tentons également d'évaluer si le recours à l'avortement est utilisé pour retarder l'entrée en vie féconde, espacer ou limiter les naissances. Enfin, nous estimons l'impact effectif de l'avortement sur la fécondité dans la capitale togolaise.

Le second article (chapitre 4) se base sur les données du volet quantitatif de l'EPAP et vise à analyser les facteurs démographiques et socio-économiques associés au recours à l'avortement chez les femmes de Lomé. Précisément, nous modélisons comment ces facteurs sont associés aux étapes successives menant à l'avortement, de l'exposition au

risque de grossesse jusqu'au recours à l'avortement, en passant par l'utilisation ou non de la contraception, et par le fait qu'une grossesse qui survient soit déclarée comme étant « non désirée ». Des régressions logistiques multiples (binomiales et multinomiales), et multi-niveaux à effets aléatoires qui ajustent les erreurs corrélées pour les grossesses d'une même femme seront principalement utilisées.

Dans le troisième article (chapitre 5), nous explorons les conditions, et les conséquences sanitaires et psychologiques des avortements à Lomé. Nous nous intéressons également au processus décisionnel et au paiement des frais liés à l'avortement. L'article s'appuie sur des informations collectées, lors du volet quantitatif de l'EPAP, sur les 1047 plus récents avortements des femmes de l'échantillon et teste d'éventuelles différences selon certaines caractéristiques des enquêtées au moment de la grossesse qui a été interrompue.

Sur la base des données quantitatives de l'EPAP, le dernier article (chapitre 6) vise à déterminer le niveau de connaissance exacte, par les femmes, de la loi togolaise sur l'avortement et comment il varie selon les caractéristiques des femmes. L'article met aussi l'accent sur les facteurs associés à l'approbation de la légalisation de l'avortement par les femmes de Lomé. Des régressions logistiques multiples seront utilisées. Toutefois, l'attitude face à la légalisation de l'acte et les raisons données pour la justifier sont doublement analysées sur la base des données quantitatives, ainsi que sur la base du contenu du discours des 95 femmes ayant participé aux groupes de discussion et du contenu des entretiens individuels réalisés auprès de onze professionnels de la santé.

Chapitre 1 - Recours à l'avortement provoqué en Afrique

Introduction

Le recours à l'avortement provoqué existe autant dans des contextes de légalité que d'illégalité, dans les pays développés comme dans les moins développés. Toutefois, l'enjeu principal lié à l'avortement en Afrique subsaharienne est son illégalité (Guillaume, 2009). En effet, plusieurs lois sont encore très restrictives et criminalisent la pratique. Mesurer son ampleur, analyser ses déterminants et comprendre les circonstances entourant l'acte dans les contextes d'illégalité font appel à plusieurs aspects du phénomène, et des chercheurs de disciplines diverses se penchent sur la question. En matière de santé publique et de santé reproductive, l'avortement à risque peut entraîner des décès, des hospitalisations et des conséquences sanitaires graves. En ayant un impact sur la fécondité, il entraîne d'autres conséquences : psychologiques, sociales et économiques. Il est, en outre, déterminé par plusieurs facteurs y compris des facteurs individuels, socioculturels, religieux, et par la législation. L'avortement pose ainsi un problème éthique et se trouve au cœur de batailles idéologiques sur le droit de la femme à disposer de son corps et le droit du fœtus à la vie.

Sur la base d'une recension de la littérature, principalement sur l'Afrique subsaharienne, ce chapitre s'articule autour de cinq sections. Afin de souligner la pertinence de cette étude, nous examinons les conditions et conséquences des avortements. Nous exposons ensuite l'évolution des législations puis les difficultés de mesure de l'ampleur du phénomène ainsi que les facteurs associés à l'acte. Nous proposons, dans la dernière section, le cadre global d'analyse du recours à l'avortement utilisé dans cette thèse.

I. Des avortements risqués entraînant de graves conséquences

I.1 Des conditions de pratiques généralement peu sécuritaires

Les avortements légaux sont rares dans les pays d'Afrique subsaharienne où le contexte législatif très restrictif et le contexte social condamnent généralement l'avortement. La plupart des avortements ont ainsi lieu ou débutent dans des conditions sanitaires peu

sécuritaires (Amegee, 2002; Mundigo, 1992; Varga, 2002). Ils sont couramment pratiqués hors du système sanitaire (clandestinement auprès de praticiens non médicaux et non qualifiés) et avec des méthodes non médicales[5] (Hord *et al.*, 2006). Par exemple, près de la moitié des femmes enquêtées lors d'une étude menée au Ghana ont provoqué elles-mêmes leurs avortements, soit grâce à des médicaments soit avec l'aide de pharmaciens (Ahiadeke, 2001). Des études ont également révélé, qu'à Lomé, des prises orales de médicaments ainsi que des méthodes à base de plantes sont utilisées dans plusieurs cas d'avortements, en dehors des méthodes médicales (Amegee, 1999; Amétépé et Béguy, 2004).

En cas d'échec de l'avortement ou d'apparition de complications, les femmes se rendent généralement dans des hôpitaux ou dans des centres de santé pour terminer en urgence les avortements, souvent par curetage (Amegee, 2002; Oye-Adeniran *et al.*, 2005). Une étude a montré qu'à Ouagadougou, les femmes utilisent dans un premier temps des méthodes moins efficaces et moins chères pour avorter. En cas d'échec, elles ont recours à des méthodes plus coûteuses, probablement médicales (Rossier *et al.*, 2006). Une autre étude réalisée auprès de patientes de certains centres de santé d'Abidjan a révélé que, dans 3 % des cas, les femmes terminent dans les centres de santé, souvent par curetage, les avortements débutés ailleurs par des méthodes traditionnelles (Guillaume, 2003).

Même dans des contextes où l'avortement est illégal, une offre d'avortement pratiqué par un personnel médical existerait dans plusieurs villes africaines. Au Nigéria, une étude a ainsi montré que la majorité des avortements a été effectuée dans des hôpitaux, cliniques ou maternités (73 %), par des docteurs (80,5 %) ou des infirmiers (5 %) (Oye-Adeniran *et al.*, 2004a). Toutefois, ces avortements ne sont pas indemnes de risques sanitaires pour autant, puisqu'ils sont pratiqués dans des conditions clandestines (Guttmacher Institute, 2009). La plupart des avortements qui ont lieu ou qui se terminent finalement dans des conditions médicales se déroulent alors souvent dans le secteur privé et dans les cliniques des villes africaines ; très peu le sont dans les centres de santé publics (Guillaume, 2004a).

---

[5] Sel et vinaigre, vinaigre plus vin, potasse, boissons fortes, herbes, aspirine ou sédaspir et coca-cola chaud, permanganate, infusion de feuilles de plantes, introduction d'ovules de feuilles dans le vagin, etc.

I.2 Une cause importante de mortalité maternelle

Dépendamment des conditions de la pratique, qui sont surtout liées au contexte social et aux législations en vigueur dans les pays, les avortements peuvent menacer la vie et la santé des femmes, spécifiquement leur santé reproductive et sexuelle. Précisément, la mortalité maternelle causée par l'avortement est élevée dans les situations d'illégalité, de restriction de la loi sur l'avortement et de déficience des conditions sanitaires (Ahiadeke, 2001; Boland et Katzive, 2008; Mundigo, 1992). Des études ont ainsi révélé que l'avortement clandestin est une cause majeure de mortalité maternelle dans les pays en développement (Barreto *et al.*, 1992; Mundigo, 2006) et particulièrement en Afrique (Olukoya, 2004; Oye-Adeniran *et al.*, 2004a) où environ 14 % de ces décès sont attribuables aux complications des avortements à risque (World Health Organization, 2011). Une étude a, par exemple, révélé que près de 29 % des décès maternels recensés dans un hôpital de district dans le nord du Ghana entre janvier 2000 et décembre 2003 étaient occasionnés par des complications d'avortements à risque (Baiden *et al.*, 2006). Ahossu a également montré dans une étude réalisée en 1991 dans la capitale togolaise (citée par Vignikin *et al.*, 2005) que 32 % des décès maternels survenus au centre hospitalier universitaire (CHU) de Lomé-Tokoin étaient causés par un avortement provoqué.

Les adolescentes et les jeunes femmes sont particulièrement touchées par le phénomène. D'après les estimations de l'OMS, sur les 36 000 décès liés aux avortements à risque en Afrique en 2003, 20 500 concernaient les moins de 25 ans (World Health Organization, 2007). Une étude menée au CHU de Lomé a aussi montré qu'environ 44 % des décès survenus parmi les femmes de moins de 20 ans pouvaient être attribués à des avortements en 1985, contre 12 % pour l'ensemble des décès maternels (Locoh, 1993). En dehors du décès, des complications et conséquences d'ordre sanitaire surviennent assez souvent à la suite d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions.

I.3 Des conséquences sanitaires importantes

Dans l'ensemble, les conséquences qui découlent des avortements pratiqués dans des conditions sanitaires médiocres sont diverses : difficultés à concevoir de nouveau, fausses couches, infertilité secondaire, fatigue, perte de poids, hémorragie, douleurs abdominales,

douleurs pelviennes chroniques, péritonite, abcès pelviens, choc septique, infections et perforation utérine (Amegee, 1999; Calvès, 2002; Hord *et al.*, 2006; Oye-Adeniran *et al.*, 2005; Singh *et al.*, 2009). Si les décès et les conséquences physiques qui résultent des avortements à risque ont été assez documentés dans plusieurs pays africains, le besoin de documenter les autres conséquences se fait sentir.

I.4 Autres conséquences (psychologiques, économiques, sociales) des avortements

Certaines études, réalisées aux États-Unis (Coleman, 2006; Major *et al.*, 2000), ont révélé une fréquence de dépressions chez des femmes qui avaient interrompu volontairement une grossesse. Des conséquences émotionnelles, psychologiques, économiques et sociales se manifestent aussi parfois à la suite d'un avortement. Néanmoins, peu d'études se sont penchées sur ces conséquences en Afrique subsaharienne (Woog *et al.*, 2007). Une étude qualitative, réalisée dans un hôpital d'une province au sud du Gabon, a montré que la plupart des femmes interrogées ont ressenti du regret, de la culpabilité ou du remords à la suite de leur avortement (Hess, 2007). Une autre étude qualitative, réalisée dans les États de Lagos et d'Edo au Nigéria (Oye-Adeniran *et al.*, 2005), a également révélé qu'une majorité de femmes a souvent ressenti du regret, de la culpabilité, de la tristesse, un « traumatisme » et la « sensation d'avoir commis un crime » après un avortement. Ces conséquences peuvent parfois perdurer pendant des années, voire toute la vie, alors que les conséquences physiques ont tendance à être de courte durée. Pourtant, à l'inverse, certaines femmes déclarent avoir ressenti du soulagement après un avortement (Oye-Adeniran *et al.*, 2005). En étant variables selon les contextes, des sentiments positifs et négatifs pourraient être simultanés. Une étude qualitative récente, menée auprès de 75 patientes faisant un suivi dans un hôpital de Lomé après un avortement, a ainsi révélé la présence des sentiments de soulagement en même temps que de craintes après l'avortement (Dassa *et al.*, 2009).

Outres les conséquences psychologiques, les avortements à risque ont des conséquences économiques non négligeables. Il s'agit surtout des coûts financiers collectifs et individuels engendrés par le traitement des complications post-avortement ; de la perte d'une partie du revenu de la famille si la femme interrompt ses activités ; ou encore des coûts que la famille supporte si les enfants, surtout les plus jeunes, perdent leur mère (Singh *et al.*, 2009).

Au niveau du système de santé, les coûts financiers des avortements en Afrique sont liés au caractére illégal et risqué des avortements et au traitement des conséquences sanitaires qui en découle. Les coûts du traitement des complications d'un avortement incomplet dans les hôpitaux publics d'Afrique du Sud en 1994 ont, par exemple, été estimés à 18 710 789 rands, soient 2,6 millions $ US[6] (Kay *et al.*, 1997). Basée sur une méthode développée par l'OMS, the « Mother-Baby Package », une étude a estimé que si toutes les femmes qui ont eu des complications à la suite d'un avortement à risque au Nigéria en 2005 avaient reçu un traitement, les services post-avortement auraient coûté 19 millions $ US au système de santé (Bankole *et al.*, 2007). Ainsi, le coût moyen estimé était de 132 $ pour chaque cas qui nécessiterait un traitement dans un hôpital. La même étude a montré, à partir des données de 2002-2003 sur des femmes hospitalisées pour le traitement des complications post-avortement, que chaque patiente avait payé en moyenne 95 $ US. Par conséquent, les 37 $ restants seraient à la charge du système de santé (Bankole *et al.*, 2007).

Au niveau individuel, une étude récente réalisée dans 33 hôpitaux de huits États du Nigéria a révélé un coût moyen de 10 971 nairas par femme (91,42 $ US[7]) pour celles qui avaient tenté au préalable d'avorter avant de se rendre à l'hôpital afin d'y être traitées pour des complications graves (Henshaw *et al.*, 2008). Ces femmes avaient également payé en moyenne 2 894 nairas (24,12 $ US) pour la tentative d'avortement. L'étude a enfin montré que les autres femmes qui avaient aussi avorté, soit directement à l'hôpital, soit en tentant l'avortement avant d'aller dans l'hôpital sans complications graves, ont supporté en moyenne un coût total de 3844 nairas (32,03 $ US). En outre, une étude menée auprès de patientes admises dans quatre hôpitaux publics de Dar es Salam en Tanzanie pour des complications d'avortement a permis d'estimer les dépenses moyennes à 1 500 shillings tanzanien (0,99 $ US[6]) par jour et par cas (Mpangile *et al.*, 1993). Dans cette étude, environ 27 % des enquêtées n'avaient passé qu'un seul jour à l'hôpital, 46 % avaient passé deux jours, et 23 % entre trois et cinq jours. Probablement que ces femmes ne vaquaient pas à leur éventuelle activité économique au cours de la période passée à l'hôpital, ce qui aurait pu réduire le revenu de leur ménage puisqu'un avortement à risque engendre généralement une plus longue durée d'hospitalisation qu'une fausse couche (Kay *et al.*, 1997; Woog *et*

[6] Convertisseur universel de devises (http://www.xe.com/ucc/convert.cgi) a été utilisé le 13 septembre 2010.
[7] L'étude a fait référence au taux de change de 1 dollar US = environ 120 nairas.

al., 2007). Une étude qualitative menée dans deux districts d'Ouganda a ainsi montré que la principale conséquence économique des complications d'un avortement est la diminution du revenu causée par l'incapacité de la femme à travailler ou par des jours que l'homme utilisera pour prendre soin de la femme (Jagwe-Wadda *et al.*, 2006).

En dernier lieu, des conséquences sociales importantes, telles que la stigmatisation des femmes qui ont avorté, sont liées aux avortements. Toutefois, elles sont diverses et varient selon les cultures et les contextes. Ces conséquences sont d'autant plus marquées que l'avortement est perçu comme un acte « honteux » dans la société. Une étude réalisée en Ouganda a par exemple révélé que « les femmes ayant avorté sont souvent vues par la communauté comme étant des "meurtrières", des "criminelles" et/ou des "prostituées", elles sont injuriées, ridiculisées, cibles de commérage et de manque de respect » (Jagwe-Wadda *et al.*, 2006 p. 47). L'analyse des entretiens approfondis menés auprès de femmes qui ont avorté au Cameroun a également montré que les femmes étaient souvent victimes de moqueries, ridiculisées et parfois mêmes chassées du village si leur avortement devenait public (Schuster, 2005). L'étude dévoile, en conséquence, que la crainte de cette stigmatisation pousse les femmes qui ont des complications à se faire traiter à l'hôpital au dernier moment, et à s'y rendre aux heures de moindre affluence.

Des croyances et traditions de certaines sociétés africaines accentuent cette stigmatisation. Elles attribuent, par exemple, à la femme qui a avorté et à sa famille des noms injurieux (Lithur, 2004) ou isolent la femme qui serait atteinte d'une maladie traditionnelle supposée contaminer les personnes qui l'approchent (Webb, 2000). Outre cette stigmatisation de l'avortement, ce sont principalement certains types de grossesses qui sont stigmatisés car pouvant révéler une sexualité « hors norme ». Il s'agit généralement des grossesses pré-maritales, rapprochées, extra-maritales, incestueuses ou des grossesses des femmes jugées « trop âgées ». Une étude, menée en milieu rural burkinabé (Ouédraogo et Pictet, 2001), a d'ailleurs montré que ce n'est pas l'avortement en lui-même qui est condamné, mais plutôt les « relations sexuelles illicites » qu'il cherche à couvrir.

II. Évolution des législations sur l'avortement en Afrique

II.1 Des conférences et rencontres internationales sur la santé de la reproduction

Pendant longtemps, les droits reproductifs de la femme et notamment les droits à l'avortement n'ont pas été explicitement abordés lors les rencontres sur les droits de l'homme. La déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948, ne fait alors aucune mention des droits reproductifs, mais a influencé de nombreux travaux dans le domaine des droits de l'homme. Elle a ainsi permis l'élaboration du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, qui sont entrés en vigueur en 1976. En se basant sur la chronologie de Marshall en 1973, Gautier (2000) distingue trois générations de droits humains : les droits civils nés au 18ème siècle, les droits politiques au 19ème siècle, et les droits sociaux au 20ème siècle. Selon l'analyse de l'auteure, les droits reproductifs, considérés par certains auteurs comme étant une nouvelle génération de droits au 21ème siècle, pourraient être une extension des droits civils car ils ciblent « l'autonomie et la propriété du corps de l'individu ».

Malgré la visibilité des droits reproductifs au tournant du 20ème siècle, plusieurs mouvements féministes luttaient déjà dans les années 60 et 70 en faveur de la prise en compte des droits en santé des femmes et du droit à l'avortement, en dehors de leur accès à la planification familiale (Gautier, 2000). Sur le plan international, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes (CEDAW) a ainsi été le premier traité qui a explicitement abordé les droits reproductifs (Gautier, 2002). Adoptée le 18 décembre 1979 par l'assemblée générale des Nations Unies, cette convention se focalise, entre autres, sur le droit des femmes d'avoir accès aux services adéquats dans le domaine de la santé et en matière de planification familiale, sur le droit de décider librement du nombre et de l'espacement des naissances (Nations Unies, 1979). En ce qui concerne l'avortement, il a été au centre de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui a eu lieu au Caire du 5 au 13 septembre 1994 et de la quatrième conférence mondiale sur les femmes qui a eu lieu à Beijing du 4 au 15 septembre 1995. Les droits reproductifs ont également été reprécisés lors de ces conférences.

Les gouvernements se sont engagés, lors de la CIPD, à « fournir les moyens de contraception pour prévenir l'avortement », notamment l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions (Nations Unies, 1994). L'accès des femmes aux services post-avortement pour faire face aux complications a été également fortement recommandé, de même que la disponibilité après un avortement des conseils et des services de planification familiale. Toutefois, il a été retenu que « l'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale… La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement » (Nations Unies, 1994 paragraphe 8.25).

En revenant sur certaines résolutions de la CIPD, la quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing a mis l'accent sur le fait que les droits fondamentaux des femmes ne sont pas respectés, entre autres, dans des situations de stérilisations, d'avortements sélectifs de fœtus féminins, de grossesses ou d'avortements forcés. Il a aussi été reconnu, lors de cette conférence, que les avortements réalisés dans de mauvaises conditions posaient un problème de santé publique. Ainsi, il a été recommandé que les femmes devaient avoir accès aux services de santé adéquats, notamment à des méthodes de planification familiale sûres et efficaces et à des soins obstétriques d'urgence. Il a été suggéré la révision des lois qui pénalisaient les femmes qui avortent, la reconnaissance du droit des femmes d'exercer un contrôle sur les questions relatives à leur sexualité ou à leur reproduction, de prendre librement et de manière responsable les décisions en la matière (Nations Unies, 1996).

En dernier lieu, l'Union africaine (UA) a adopté le 11 juillet 2003, lors de sa deuxième session ordinaire qui a eu lieu à Maputo (Mozambique), le protocole relatif aux droits des femmes en Afrique afin de compléter les dispositions de la charte Africaine. Dans l'article 14 du protocole qui porte sur le droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction, les États garantissent, entre autres, le respect et la promotion du droit des femmes à exercer un contrôle sur leur fécondité, leur accès aux services de santé adéquats et le libre choix des méthodes contraceptives. Les États s'engagent aussi à prendre les mesures pour « protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé dans des cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la vie du fœtus, la santé mentale, physique ou la vie de la mère » (Union Africaine, 2003).

Comme on le voit, les textes internationaux qui font mention de l'avortement demeurent très prudents et abordent le sujet de façon très conservatrice en mettant l'accent sur les mesures visant à éviter les avortements clandestins, sans aborder de front la question de la légalisation. Ces rencontres ont pourtant probablement suscité des changements dans certains pays, tels que des ajouts de situations d'obtention légale d'un avortement. Cependant, peu de mesures ont été effectivement prises pour réduire le besoin d'un avortement, notamment en matière de disponibilité et d'accès aux services de contraception d'urgence ou aux services post-avortement (Cook *et al.*, 1999). Dans certains pays, l'implémentation des programmes de santé reproductive et les réformes de lois sur l'avortement rencontrent encore de fort blocages, les droits sont encore peu ciblés et peu respectés, et l'autorisation du conjoint est encore primordiale dans l'accès à certains services (Gautier, 2002). D'ailleurs, lors de la 42ème réunion de la commission de la population et du développement des Nations Unies en 2009[8], la plupart des délégations ont souligné l'insuffisance de fonds pour financer la planification familiale et ont rejeté toute idée qui pouvait être interprétée comme promouvant l'avortement, en lien avec les droits à la santé procréatrice ou aux services de santé sexuelle et reproductive.

II.2 Des considérations éthiques sur l'avortement

Au cœur des discussions sur l'avortement et son éventuelle légalisation, se trouve le débat sur la valeur de la vie du fœtus, son statut moral ou juridique, et le fait qu'il constitue ou non une personne à part entière dès la conception (Hoffmeier, 1994; Mfitzsche, 1998). Parmi les éléments qui alimentent ce débat, figurent le droit de la femme de disposer de son corps (liberté individuelle) ; la considération de la vie ; le fait de pouvoir statuer entre grossesse « désirée » et « non désirée » ; ou le « désir » d'avoir un enfant en fonction de l'accord des deux parents, des facteurs psychologique, sentimental et socio-économique.

Hoffmeier (1994) distingue cinq positions sur les enjeux éthiques de l'avortement, qu'on peut regrouper en trois selon qu'elles sont libérales, modérées ou conservatrices. D'après la position « libérale » (avortement sur demande), soutenue par bon nombre de groupes

---

[8] http://www.un.org/News/fr-press/docs/2009/POP975.doc.htm , document consulté en octobre 2010.

féministes, la femme a « le droit de disposer de son corps comme elle l'entend car le fœtus n'est ni une vie à part entière, ni une vie indépendante du corps de la femme ». La femme est libre de choisir l'avortement car le fœtus ne serait pas une « personne » avant la naissance. La maternité ne devrait être ni une contrainte, ni une obligation, sinon elle serait en contradiction avec certains droits de la femme. La femme a donc le choix éthique à la maternité puisque c'est elle qui supporterait les conséquences d'une maternité obligatoire. L'exemple du « régime du délai »[9] est à signaler ici car, approuvé par certains chrétiens (catholiques ou protestants), il se rapproche du libre choix pour l'avortement et s'oppose en général au discours officiel des religions. En vigueur en Suisse depuis 2002, cette nouvelle législation semble être une solution pratique qui se fonde sur le respect de l'autonomie morale et de la responsabilité personnelle de la femme. Selon ce régime, la femme pourrait faire son choix, sans contrainte et selon « son jugement » et « sa conscience », dans un délai de 12 semaines. Passé ce délai, l'avortement légal doit être obtenu sur avis médical.

Selon la position « modérée », le choix d'avorter est relatif et l'avortement serait autorisé seulement dans certaines conditions, telles que la malformation du fœtus, le danger pour la vie de la femme, le viol ou encore l'inceste. Elle correspond à la position législative adoptée par plusieurs pays qui prennent en compte, en même temps, « la responsabilité morale de tous et les points de vue des religions ou des traditions sur la question de l'avortement » (Hoffmeier, 1994). Par exemple, une étude portant sur le lien entre l'avortement et l'islam dans 21 pays musulmans du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord (Hessini, 2007) a révélé que plusieurs écoles de pensée musulmanes approuvent le recours à l'avortement avant la viabilité du fœtus, soit 40, 90 ou 120 jours après la conception, mais pour des raisons « justifiées » (pour des motifs de santé ou socio-économiques, ou pour protéger l'enfant qui allaite encore). Les pays considérés dans l'étude autorisent l'avortement, au moins en cas de risque pour la vie de la femme. L'étude montre aussi que les autorités musulmanes, qui jouent un rôle important dans la reforme des lois de ces pays, considèrent souvent le viol comme étant un motif d'avortement et reconnaissent le droit des femmes aux traitements post-avortement.

---

[9] http://www.svss-uspda.ch/fr/ethique/ethique.htm, http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/suisse.htm et http://www.svss-uspda.ch/pdf/sek_f.pdf : sites consultés en avril 2011.

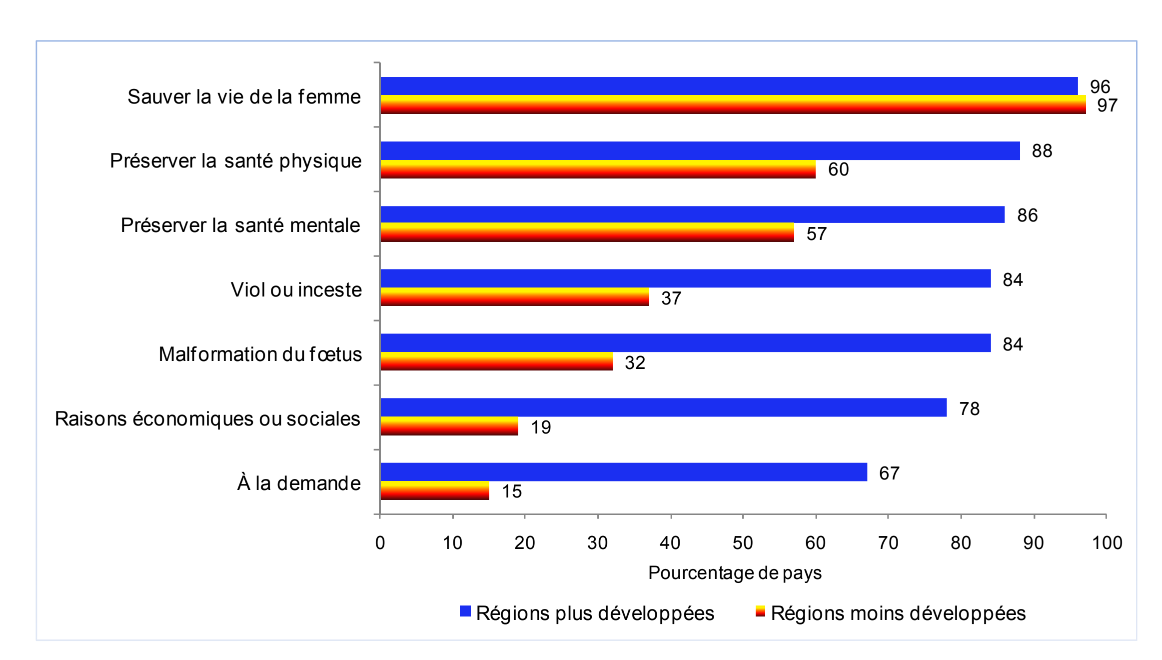
La dernière position, « conservatrice », est souvent celle des religions et se fonde sur le « respect de la vie ». Elle condamne le recours à l'avortement et le considère comme étant un « crime », un « meurtre », voire un « homicide ». Par exemple, pour l'église catholique romaine qui s'oppose à l'avortement, comme certaines confréries musulmanes, « la vie commence dès la conception et doit être respectée » (Cook *et al.*, 1999; Mundigo, 2006). Pour faire valoir cette position, le Vatican a souvent envoyé des représentants aux rencontres portant sur les droits reproductifs des femmes. À cet effet, ces représentants ont souligné, lors des conférences du Caire et de Beijing, la désapprobation de l'église catholique à des pratiques anticonceptionnelles et abortives (Nations Unies, 1994, 1996).

Toutes ces considérations éthiques sur l'avortement influencent les lois sur l'avortement ainsi que l'accès des femmes à des services d'avortement médicalisé. Elles peuvent aussi déterminer la fiabilité des informations lors des collectes de données, en évitant de culpabiliser les enquêtés ou de heurter leur sensibilité.

II.3 Des lois très restrictives à de nouvelles lois dans plusieurs pays africains

Bien que plusieurs gouvernements et institutions considèrent que l'avortement ne doit pas être une méthode de régulation des naissances, plus de 95 % des pays autorisaient l'avortement au 31 décembre 2006, au moins pour sauver la vie de la mère (United Nations, 2007). Certains pays ajoutent à cette clause, le fait de préserver la santé physique ou mentale de la mère, des cas de viol ou d'inceste, des cas de malformation du fœtus, des raisons économiques ou sociales, ou simplement à la demande de la femme. En présentant ces différentes situations, le graphique 1.1 montre que très peu de pays moins développés autorisait l'avortement à la demande ou pour des raisons socio-économiques. En revanche, les lois de la majorité des pays plus développés comprenaient peu de restrictions.

Graphique 1.1 : Répartition des pays (en %) selon les situations dans lesquelles l'avortement était autorisé au 31 décembre 2006, et selon leur niveau de développement



Note : Graphique refait à partir des données publiées par la Division de la population (United Nations, 2007).

En Afrique, la plupart des lois sur l'avortement sont restrictives et basées sur les lois des anciens colonisateurs (Braam et Hessini, 2004). Dans plusieurs pays anglophones, la loi anglaise de 1981 sur les « délits sur les personnes » a prévalu longtemps, alors que la loi française de 1920 sur « l'interdiction de la contraception et l'avortement » prévalait dans la plupart des pays francophones jusqu'à récemment (Guillaume, 2004a). À l'aube du 21ème siècle, seuls trois pays africains, la Tunisie, l'Afrique du Sud et le Cap-Vert autorisent l'avortement sur demande (Braam et Hessini, 2004; Hord *et al.*, 2006; Singh *et al.*, 2009; United Nations, 2007). Dans les pays où la loi est restrictive, une pénalité est prévue aussi bien pour la femme, que pour le prestataire des services d'avortement qui ne remplit pas les conditions explicitées dans la loi (Oye-Adeniran *et al.*, 2004a). La clandestinité des pratiques est ainsi renforcée, même si la législation de bon nombre de pays africains a récemment progressé en autorisant l'accès à l'avortement légal dans plus de situations qu'auparavant. Parmi ceux-ci, se trouvent le Bénin, l'Éthiopie, la Guinée, le Mali, le Niger, le Swaziland, le Tchad et le Togo (Boland et Katzive, 2008; Singh *et al.*, 2009).

Malgré l'évolution de certaines législations, qui deviennent moins restrictives, plusieurs femmes ont toujours recours à des avortements à risque (Singh *et al.*, 2009). En effet, les situations de la plupart des femmes ne correspondent pas souvent aux rares cas autorisés pour un recours légal à l'avortement. D'ailleurs, les conditions dans lesquelles les lois autorisent l'avortement sont souvent peu connues de la majorité des populations. Même les décideurs politiques ont parfois une connaissance faible des conditions dans lesquelles la loi autorise l'avortement (Okonofua *et al.*, 2009). Aussi, plusieurs regroupements et associations de la société civile, y compris ceux des femmes elles-mêmes, s'opposent généralement à la légalisation de l'avortement (Ashenafi, 2004; Brookman-Amissah et Banda Moyo, 2004; Hessini, 2005; Singh *et al.*, 2009). Par conséquent, la connaissance de la loi sur l'avortement et l'attitude face à la légalisation de l'avortement ont besoin d'être approfondies puisqu'elles ont une forte implication sur l'accès sécuritaire à des avortements et peuvent orienter les luttes pour des réformes dans les lois.

III. Ampleur du recours à l'avortement et mesure du phénomène

III.1 L'ampleur et l'évolution du recours à l'avortement en Afrique

Malgré sa quasi-interdiction sur le continent, l'avortement est souvent utilisé en Afrique pour mettre fin à des grossesses non désirées. Il semble ainsi être fréquemment utilisé comme un mode de régulation des naissances et peut, par conséquent, contribuer à une baisse de la fécondité (Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Guillaume, 2003; Vignikin et Adjiwanou, 2004). Toutefois, la mesure de l'ampleur du recours à l'avortement au niveau des pays n'est pas toujours aisée. L'OMS a estimé le taux d'avortement à risque chez les femmes âgées de 15-49 ans en Afrique à 27 ‰ pour la période 1995-2000 (Division of Reproductive Health, 1998), 24 ‰ pour 2000, 29 ‰ pour 2003, et 28 ‰ pour 2008, chez les femmes de 15-44 ans (World Health Organization, 2004, 2007, 2011). Pour la région de l'Afrique de l'ouest, à laquelle appartient le Togo, le taux d'avortement était estimé à 31, 25, 28 et 28 pour 1000 femmes, respectivement pour 1995-2000, 2000, 2003 et 2008.

Les données étant difficiles à obtenir (United Nations, 2007), les études qui ont pu montrer l'évolution du phénomène sont rares. Guillaume (2004a, p.78) affirme à cet effet qu'« en Afrique, plusieurs auteurs ont souligné l'évolution du recours à l'avortement, sans toujours

pouvoir mesurer l'étendue de ce phénomène ». Certaines études ont essayé d'estimer localement sa prévalence ou son ampleur. Par exemple, une étude réalisée en 1997 à Yaoundé a montré que 35 % des grossesses recensées avaient été interrompues par un avortement provoqué et que 21 % des enquêtées âgées de 20-29 ans ont déclaré avoir déjà eu recours à au moins un avortement (Calvès, 2002). Une étude menée en 1997 auprès de femmes enceintes venues en consultation prénatale dans certaines formations sanitaires à Abidjan a révélé une prévalence de 30,5 % (Desgrees Du Loû *et al.*, 1999). Une autre étude réalisée en 1998, toujours à Abidjan, auprès de patientes de quatre formations sanitaires a montré une prévalence de 34 % ; 39 % au sein des patientes qui ont déjà été enceintes (Guillaume et Desgrees Du Loû, 2002). En utilisant la méthode des confidentes, une étude menée à Ouagadougou a enfin estimé le taux annuel d'avortement à 40 $^{0}/_{00}$ chez les femmes âgées de 15-49 ans en 2001 (Rossier *et al.*, 2006). En outre, diverses méthodes permettant d'estimer l'ampleur du phénomène existent, mais ne s'adaptent pas à tous les contextes.

III.2 Les différentes mesures de l'ampleur du recours à l'avortement

Pour vérifier la thèse du recours fréquent à l'avortement en Afrique et pour déterminer son évolution tangible, il est nécessaire de pouvoir mesurer le phénomène. Les diverses sources de données et méthodes d'estimation, qui dépendent des législations sur l'avortement, présentent pourtant souvent des limites qui peuvent conduire à une sous-estimation ou à une surestimation des niveaux d'avortements.

- *Les statistiques sanitaires et hospitalières comme source de données*

Parmi les sources de données privilégiées, figurent les informations collectées auprès des structures qui fournissent des services d'avortement. Elles sont exhaustives si tous les avortements se déroulent dans le système de santé, et sont donc plus adaptées aux pays où l'avortement est légal. Dans les pays où l'acte est quasi-légal ou illégal, le nombre d'avortements est souvent estimé à partir des informations des registres des hôpitaux et des formations sanitaires sur des femmes qui ont été admises pour des complications d'avortement (Leke, 1998; Rossier, 2009).

Cependant, ces données peuvent souffrir d'une bonne tenue des registres (Amegee, 1999). Elles peuvent également sous-estimer les cas d'avortement car elles ne permettent pas

toujours de dissocier entre un avortement provoqué et une fausse couche (Guillaume, 2009). Ces données ne contiennent pas non plus toutes les caractéristiques des femmes qui ont avorté, ni celles de leur partenaire ou de leur environnement. En particulier, les résultats ne peuvent pas être généralisés car seuls les avortements qui se sont mal déroulés sont pris en compte. Ceux pour lesquels il n'y pas eu de complications apparentes et ceux à la suite desquels la femme est décédée sans avoir consulté un centre de santé ne sont pas non plus comptabilisés (Coeytaux, 1988; Mundigo, 1999; Zamudio et Rubiano, 2000).

Par ailleurs, l'état civil, qui recense les décès avec leurs causes, ne constitue pas une source complète de données sur les avortements à cause de sa faible couverture notamment en milieu rural africain (Guillaume, 2004b). Les enquêtes, basées sur une méthodologie d'observation efficace, permettraient alors de mieux estimer l'ampleur du phénomène et de collecter des informations sur les motifs et les déterminants.

- *Les enquêtes comme source de données*

Six méthodes indirectes et deux directes sont souvent utilisées pour estimer l'ampleur des avortements (Dalla Zuanna, 2002; Guillaume, 2004b; Rossier, 2003). Les six méthodes indirectes sont : les statistiques sur les complications, les statistiques sur la mortalité maternelle, les estimations d'experts, la méthode résiduelle, la méthode des confidentes et les enquêtes auprès des praticiens qui font des avortements illégaux. Les trois premières méthodes portent sur des populations spécifiques et peuvent sous-estimer l'ampleur du recours à l'avortement (Henshaw *et al.*, 1998; Singh *et al.*, 1997; Singh et Wulf, 1994).

La méthode résiduelle, basée sur le modèle de fécondité de Bongaarts (Bongaarts, 1982; Foreit et Nortman, 1992; Johnston et Hill, 1996), permet d'estimer indirectement les taux d'avortement. Sa principale limite est qu'elle peut surestimer l'impact de l'avortement dans la réduction de la fécondité potentielle (Johnston et Hill, 1996; Lara *et al.*, 2004). Cependant, elle peut être adaptée aux pays où l'avortement est illégal ou quasi-légal et dans une perspective comparative, en supposant les biais constants dans le temps et l'espace (Rossier, 2003). La méthode sera présentée en détails dans la partie méthode du chapitre 3.

La méthode des confidentes passe par l'identification de réseaux sociaux structurés et par des enquêtes auprès de personnes choisies aléatoirement dans ces réseaux (Rossier, 2003; Rossier *et al.*, 2006). Ces personnes sont interrogées sur les avortements qui ont eu lieu au sein de leurs réseaux. La méthode est adaptée aux sociétés, où les services d'avortement sont clandestins, et où les réseaux sociaux permettent d'accéder aux praticiens des avortements. Cependant, cette méthode souffre d'un éventuel double comptage et le choix des personnes à enquêter (échantillon d'amis ou de relations) peut également être un biais car il détermine la qualité de l'information (Guillaume, 2004b; Rossier *et al.*, 2006).

Les enquêtes auprès de praticiens d'avortements illégaux sont rares, mais peuvent être adaptées aux pays où l'avortement est quasi-légal (Rossier, 2003). Utilisée dans une étude portant sur le Nigéria, cette méthode a uniquement concerné des centres de santé dans lesquels ont lieu des avortements ou dans lesquels des complications d'avortements ont pu être traitées (Henshaw *et al.*, 1998). Toutefois, elle omettrait les avortements réalisés par des personnes non qualifiées ou par les femmes elles-mêmes, et qui n'ont pas entraîné de complications ou dont les complications ont été prises en charge hors du système de santé. La méthode pourrait être efficace si tous les praticiens étaient recensés y compris ceux qui exercent dans l'informel ou dans la clandestinité.

Au sujet des deux méthodes directes, à savoir les enquêtes directes auprès des femmes sur leurs avortements (Amétépé et Béguy, 2004; Bankole *et al.*, 1999; Calvès, 2002; Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; Guillaume et Desgrees Du Loû, 2002; Vignikin et Adjiwanou, 2004) et les études prospectives (Ahiadeke, 2001; Ahmed *et al.*, 1998), la population cible et la méthodologie d'observation déterminent souvent la fiabilité des données (Guillaume, 2004b). Ces méthodes peuvent être adaptées aux pays où l'acte est légal ou quasi-légal. Contrairement aux méthodes indirectes, les méthodes d'estimation directes fournissent des informations détaillées sur le moment des avortements (Lara *et al.*, 2004). En particulier, les études prospectives (James, 1969) ou rétrospectives permettent de mieux révéler les associations entre l'avortement et les variables pouvant l'expliquer.

Excepté les cas où les femmes sont issues de la population générale (Amétépé et Béguy, 2004; Calvès, 2002; Gbétoglo et Boukpéssi, 2004), un biais de sélection ou de non-

représentativité apparaît quand les enquêtées sont choisies au sein des populations spécifiques (Amegee, 1999; Amegee, 2002; Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Guillaume, 2003; Leke, 1998; Oye-Adeniran *et al.*, 2004a). Par ailleurs, les observations directes auprès des femmes sont souvent confrontées à une sous-déclaration des avortements provoqués si les enquêtes sont réalisées en face à face (Jones et Kost, 2007; Rossier *et al.*, 2007). Cette sous-déclaration est surtout due à la sensibilité du sujet et à la possibilité que des avortements provoqués soient déclarés comme étant spontanés. Pour résoudre le problème de sous-déclaration dans certaines études prospectives, des tests de grossesses ont été utilisés pour identifier les femmes enceintes car les femmes sont parfois réticentes à déclarer des grossesses non planifiées ; et l'observation participative de l'enquêteur a été menée ; mais ces procédés soulèvent des considérations éthiques (Rossier, 2003). D'autres façons de collecte des informations sur les questions sensibles, particulièrement sur l'avortement, sont également testées dans divers contextes.

Afin de minimiser l'influence de l'enquêteur, les femmes pourraient être enquêtées par téléphone (Guillaume, 2004b). Mais, cette façon sélectionnerait uniquement les femmes vivant dans les ménages qui possèdent un téléphone. L'université Externado de Colombie a mis en place l'utilisation de questionnaires auto-administrés qui sont remplis par les femmes et déposés sous-pli fermé, de façon anonyme, dans une urne (Zamudio et Rubiano, 2000; Zamudio *et al.*, 1999). Mais, cette technique a été appliquée avec l'hypothèse que la plupart des femmes dans la zone d'étude étaient instruites. Ce qui n'est pas le cas dans bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne. Un autre type d'enquête auto-administrée a été menée à l'aide d'un questionnaire informatisé (Audio Computer Assisted Self-Interview, ACASI) à Mexico sur l'avortement (Lara *et al.*, 2004), au Malawi et au Kenya sur le comportement sexuel des jeunes (Hewett *et al.*, 2004b; Mensch *et al.*, 2008). Mais, la méthode ACASI présente quelques difficultés pratiques puisqu'elle serait plus appropriée en milieu urbain, auprès de femmes instruites ou sachant se servir d'un ordinateur. Elle nécessiterait aussi l'achat d'un certain nombre d'ordinateurs avec écran digital (Hewett *et al.*, 2004a; Lara *et al.*, 2004). Un dernier procédé testé sur les questions sensibles est la technique de réponse aléatoire (Random response technique, RRT) par laquelle le répondant a le choix entre deux questions, l'une sensible, l'autre non sensible. Le nombre d'avortements est calculé à partir de la probabilité de choisir la question sensible, celle de

répondre « oui » à la question non sensible, et la proportion des personnes ayant répondu « oui » à la question de la RRT (Guillaume, 2004b; Rossier, 2003). Fournissant le meilleur taux d'avortement, cette technique nécessite de grandes tailles d'échantillons (Tietze et Henshaw, 1986), mais ne permet pas d'avoir les détails sur l'avortement (Lara *et al.*, 2004).

En définitive, les enquêtes en face à face, réalisées dans un climat où les enquêtés se sentiraient en confiance, peuvent être privilégiées en cas d'intérêt pour les déterminants des avortements. Toutefois, compte tenu des limites notables, une combinaison des différentes méthodes d'estimation de l'ampleur du recours à l'avortement est à considérer (Rossier, 2003), comme par exemple la combinaison d'une méthode indirecte et d'une directe.

IV. Facteurs associés au recours à l'avortement

Contrairement à la fécondité, à la mortalité ou à la migration pour lesquels des théories ou des courants explicatifs existent, il n'y a pas de cadre théorique du recours à l'avortement. En revanche, des études empiriques, probablement guidées par des réflexions sur le lien entre la contraception et l'avortement, ont permis d'identifier deux principaux groupes de déterminants des avortements à risque dans plusieurs pays en développement (Mundigo, 2006). D'une part, les facteurs contextuels, directement liés aux causes des grossesses non désirées, influent sur la prise de décision d'avorter et sur les conditions de l'avortement (avortement à risque ou non). Ces facteurs concernent l'environnement législatif, sanitaire, social, religieux et économique des avortements. D'autre part, des facteurs individuels et familiaux interviennent dans la survenue de grossesses non planifiées et dans le recours à l'avortement. Il s'agit du choix et de la pratique de contraception, et d'autres facteurs directement liés à la décision d'interrompre une grossesse non désirée.

IV.1 Les facteurs contextuels

- *La législation*

La législation constitue un facteur incontournable dans les études sur l'avortement car elle détermine souvent les conditions des pratiques (Mundigo, 2006). Les lois restrictives dans la majorité des pays africains augmentent en effet le risque de recourir à des avortements

illégaux et dits « clandestins » (Braam et Hessini, 2004; Hord *et al.*, 2006). En particulier, l'estimation des avortements pour l'Afrique se basent souvent sur la supposition que presque la totalité les avortements sont à risque (Singh *et al.*, 2009).

La légalisation de l'avortement pourrait, de ce fait, accroître le nombre d'avortements rapportés comme légaux (Henshaw *et al.*, 1999b). Pourtant, elle ne fera pas nécessairement baisser le nombre des avortements illégaux et risqués puisque, même dans des pays où le recours à l'avortement est légal, les services d'avortement ne sont pas toujours accessibles (Mundigo, 2006). Comme l'ont recommandé Cook et ses collègues (1999) dans leur étude portant sur plusieurs pays du monde, en plus de la reforme des lois ou de la légalisation de l'acte, il faudrait un accès aux services d'avortement à moindres coûts, des équipements, des prestataires qualifiés et formés à ce type d'intervention, ainsi qu'une amélioration des services de contraception.

- *Le contexte sanitaire*

L'influence de la législation est fortement liée au contexte sanitaire et détermine souvent les conditions de l'avortement, à travers la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services (Mundigo, 2006). En utilisant le lieu de résidence géographique comme une variable proxy de l'accès au services d'avortement en Inde, une étude a par exemple montré qu'un accès élevé aux services, via le milieu urbain, est positivement associé au risque d'avorter (Elul, 2004). En outre, dans des contextes où l'avortement n'est pas légalisé et où les services sont peu disponibles ou peu accessibles, le coût élevé des avortements illégaux auprès de certains « médecins » contraint souvent les femmes à utiliser des méthodes d'avortement non médicales (Mundigo, 2006), dans des conditions sanitaires médiocres. Ceci accroît les risques de conséquences sanitaires. Une étude menée au Burkina Faso, où l'avortement est désapprouvé et où la loi est restrictive, a révélé que les femmes passent même par leurs réseaux sociaux non seulement pour maintenir le secret sur l'avortement, mais aussi pour avoir accès aux informations et services d'avortement (Rossier, 2006).

Le contexte sanitaire inclut également les services post-avortement (prise en charge des complications, mais surtout, les conseils sur les méthodes contraceptives) qui ne semblent pas toujours être adéquats dans plusieurs pays en développement (Singh *et al.*, 2009). Selon

les données de l'*Enquête de 2000 sur la famille, les migrations et l'urbanisation au Togo*, près d'une femme sur deux (49 %) n'avait utilisé aucune méthode contraceptive après son plus récent avortement, et 43 % des femmes ayant avorté ont déclaré n'avoir reçu aucun conseil après l'avortement pour éviter une autre grossesse non désirée (URD et DGSCN, 2001). La qualité des services peut ainsi déterminer la répétition ou non des avortements.

Le contexte sanitaire renvoie plus généralement à la disponibilité, la qualité, l'accès et au coût des services de contraception. En effet, un large accès, une amélioration de la qualité de l'information et des services de contraception, se concrétisant par une utilisation efficace des contraceptions, réduiraient les risques de grossesses non planifiées (Singh *et al.*, 2009), et par conséquent, le risque de recourir à un avortement (Hord *et al.*, 2006). Cependant, bien que la prévalence contraceptive soit en hausse dans plusieurs parties du monde, elle demeure faible en Afrique (Singh *et al.*, 2009). Comme dans plusieurs pays en développement, la qualité des services de contraception dans les pays africains n'est toujours pas garantie (Bongaarts et Westoff, 2000). Une étude réalisée dans les États de Lagos et d'Edo au Nigéria, à partir des discussions de groupe, montre à cet effet que la qualité des services existants de planification familiale est considérée comme faible et a besoin d'être améliorée (Oye-Adeniran *et al.*, 2005). De plus, les données de l'*Enquête sur la famille, les migrations et l'urbanisation au Togo* révèlent que 82 % de femmes n'utilisaient aucune contraception avant leur dernier avortement (URD et DGSCN, 2001).

Cependant, la légalisation, l'accès aux services d'avortement et de contraception ne permettront pas d'éliminer complètement les avortements clandestins à cause de la persistance d'autres facteurs comme la pression sociale, culturelle et religieuse. L'effet de ces facteurs socioculturels et religieux varie selon le lieu de résidence.

- *Les facteurs socioculturels*

Généralement variables selon l'appartenance ethnique, des obstacles sociaux et culturels affectent la décision d'avorter. Ils découlent principalement de l'importance de la procréation dans la plupart des sociétés africaines ; de l'attitude face à l'avortement et à la contraception ; ou des représentations sociales de la sexualité et de la maternité, surtout celles des jeunes célibataires. Toutefois, l'appartenance à un groupe ethnique ne signifie

pas forcément en adopter les normes. Les rapports sociaux de sexe et la place du patriarcat dans certaines sociétés affectent également la décision concernant l'issue d'une grossesse, parfois prise dans des circonstances qui impliquent le partenaire, les parents ou de tierces personnes. À travers la stigmatisation sociale de certaines grossesses, ces facteurs créent une pression sociale qui renforce la clandestinité des avortements, en particulier chez les adolescentes qui avortent dans de conditions dangereuses (Mundigo, 2006).

Le discours sur l'avortement est souvent conservateur dans les sociétés africaines et fondé sur le prestige des familles de grande taille (Braam et Hessini, 2004). La procréation semble, par exemple, être un élément social important au Togo (De La Torre, 1991b; Kouwonou, 1999) ; les enfants étant perçus comme contribuant à l'accroissement de la société et à la stabilité du couple (Vignikin, 2007). La fécondité pourrait ainsi contribuer à renforcer le statut social des autres femmes par opposition à une femme stérile qui est souvent marginalisée et a un statut social inférieur (Amegee, 1999; Locoh, 1984). Par conséquent, et comme le montre une étude qualitative menée au Sud-est du Togo (Kouwonou, 1999), l'avortement serait généralement perçu socialement comme un « acte criminel ». Des discussions de groupe menées dans deux États du Nigéria ont aussi montré que la majorité des participants (hommes et femmes, mariés ou non, âgés de 15 et plus, professionnels de la santé, dirigeants chrétiens ou musulmans) avait une perception négative de l'avortement. Ils approuvaient cependant le recours à l'avortement s'il permet d'éviter l'interruption de la scolarisation de la fille ou « la honte à la famille », et en cas de contestation de la paternité de la grossesse (Oye-Adeniran *et al.*, 2005).

Par ailleurs, malgré l'évolution lente des stratégies de régulation de la fécondité en Afrique, l'utilisation de la contraception y est encore parfois perçue comme incitant les femmes à l'infidélité ou à la sexualité hors mariage (Kouwonou, 1999; Vignikin, 2007). Ainsi, dans ces contextes à faible prévalence contraceptive, des grossesses non désirées survenant tout de même en l'absence d'utilisation de contraception sont interrompues. Une étude réalisée dans une province rurale du Burkina Faso a d'ailleurs montré que les représentations en matière de reproduction humaine qui dévoile une absence de vie avant le quatrième mois de grossesse ; les perceptions différentielles des avortements et des méthodes contraceptives modernes, notamment le fait que la pilule soit suspectée de rendre stérile pendant que

l'avortement pourrait présenter des avantages sur la contraception moderne ; soutenaient un certain penchant pour l'avortement (Ouédraogo et Pictet, 2001).

Outre la désapprobation de l'avortement et de la contraception, certaines grossesses sont stigmatisées notamment les grossesses hors mariage, prénuptiales, rapprochées ou celles des femmes jugées « trop âgées ». Cette stigmatisation, en lien avec les représentations sociales de la sexualité et de la maternité, conduit les femmes à se tourner vers l'avortement afin de ne pas être mal vues de leur entourage et d'éviter la honte ou le scandale à leur famille (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; Guillaume, 2004a). La décision d'avorter n'est donc pas seulement individuelle, mais elle est aussi une réponse au contexte social et culturel (Dalla Zuanna, 2002), afin d'être en règle avec les normes (Amegee, 2002). L'opposition de la sexualité des jeunes, en majorité non mariés, aux normes de leur société peut par exemple rendre difficile leur accès à la contraception (Rossier, 2005). De même, les grossesses des femmes jugées « trop âgées », qui seraient déjà grand-mères, constituent une « honte » puisque ces femmes sont supposées aider leur fille ou belle-fille à s'occuper des petits enfants (Ouédraogo et Pictet, 2001). En lien avec la perception courante, selon laquelle une sexualité pendant la période d'allaitement souillerait le lait maternel et rendrait l'enfant malade (Van De Walle et Van De Walle, 1991), les grossesses trop rapprochées sont également stigmatisées puisqu'elles révèleraient le non-respect d'une période « décente » d'abstinence postpartum (Ouédraogo et Pictet, 2001).

D'un autre point de vue, les avortements à risque ont parfois lieu et se perpétuent à cause des inégalités dans les rapports sociaux de sexe. Dans bon nombre de pays africains, la société est basée sur l'autorité patriarcale des hommes et accorde souvent peu de pouvoir de décisions à la femme en matière de comportements contraceptifs et reproductifs (Braam et Hessini, 2004). Certains auteurs ont ainsi signalé que les grossesses non désirées, qui sont par la suite interrompues par un avortement à risque, découlent souvent d'un déséquilibre entre l'homme et la femme (Oye-Adeniran *et al.*, 2005). Les prises de décision difficiles, en particulier la négociation pour l'adoption d'une méthode contraceptive ou pour le choix de la méthode, influent également sur la prévention des grossesses et sur l'accès aux services (Akin, 1999; Hord *et al.*, 2006). Par exemple, une étude réalisée à partir des données de l'Enquête démographique et de santé du Togo de 1988 a montré que moins de la moitié des

femmes mariées (35,8 %) avaient déjà discuté de la planification familiale avec leur mari (Gage, 1995). En l'absence ou en cas de moindre communication entre les partenaires sur la reproduction, les femmes pourraient se retrouver confrontées à des grossesses non désirées ou non prévues. Dans certains contextes africains, ce sont même le partenaire ou les belles mères qui prennent les décisions concernant l'accès de la femme au traitement des complications d'un avortement à risque (Hord *et al.*, 2006). Malgré les changements de comportements en milieu urbain africain, ces rapports de genre pourraient encore être inégalitaires et limiter l'autonomie, surtout décisionnelle, des femmes.

En dernier lieu, les circonstances de prise de décision d'avorter, pouvant impliquer d'autres personnes en dehors de la femme, déterminent souvent les conditions des avortements. Certaines études montrent que les parents imposent parfois l'avortement à leur fille si celle-ci est encore à leur charge et si le partenaire ne dispose pas de moyens financiers (Henry et Fayorsey, 2002; Svanemyr et Sundby, 2007). L'implication de ces parents seraient probablement guidée par une certaine absence d'autonomie des jeunes filles, en particulier si elles ne sont pas mariées. L'homme, quant à lui, a un rôle important dans les situations qui poussent la femme à avorter ; par exemple quand il refuse l'utilisation de la contraception ou la responsabilité de la grossesse, quand il s'oppose à la poursuite de la grossesse, ou quand la grossesse non désirée est issue d'une violence sexuelle ou d'un inceste (Mundigo, 2006; Warriner et Shah, 2006). En outre, l'homme paie souvent les coûts de l'avortement et appuie la décision d'avorter. Une étude portant sur le contexte social des avortements provoqués chez de jeunes couples de Bouaké en Côte d'Ivoire montre que les hommes paient les frais liés à l'avortement, même s'ils veulent la poursuite de la grossesse (Svanemyr et Sundby, 2007). Lors d'une étude portant sur les expériences de grossesses des adolescents à Accra, plusieurs femmes ont de même déclaré que le partenaire payait souvent les frais liés à l'avortement quand la décision était prise par le couple. En revanche, dans une minorité de cas, les hommes, niant leur responsabilité dans la grossesse, laissent la responsabilité de l'avortement à la femme et à sa famille (Henry et Fayorsey, 2002).

Par conséquent, l'homme s'implique parfois aussi faiblement. Une étude menée au Nigéria révèle que les femmes prennent en majorité la décision d'avorter et paient elles-mêmes leur avortement (Oye-Adeniran *et al.*, 2004a). Une autre étude, menée au Burkina Faso sur

l'accès aux services d'avortement, montre que la décision d'avorter est souvent prise par la femme, parfois avec l'assistance de ses amies ou relations. Le partenaire est mis au courant de la grossesse mais se désiste souvent du problème (Rossier, 2006).

- *L'appartenance à une religion et la religiosité*

Les facteurs religieux sont décrits comme étant la « conscience collective » des sociétés qui influence les politiques et les lois sur l'avortement, et entrave leur modification (Mundigo, 2006). On l'a vu, l'église catholique romaine reste très influente sur les politiques en matière de reproduction, de contraception et d'avortement en Afrique, comme ailleurs (Braam et Hessini, 2004). D'ailleurs, les évêques catholiques du Togo avaient fort contesté les modifications apportées à la loi sur l'avortement en décembre 2006, en « estimant que l'État aurait dû prendre "*des mesures*" pour accompagner les femmes enceintes en difficulté et prévoir des structures d'accueil »[10].

Par ailleurs, la religion, à travers ses positions et interdictions, influe souvent sur la façon de penser et d'agir ainsi que sur la vie reproductive des individus qui y adhèrent. Une étude menée au Ghana a ainsi montré que les femmes musulmanes avaient un risque moins élevé de recourir à l'avortement que celles des autres religions, toutes choses égales par ailleurs (Ahiadeke, 2001). Probablement que l'interdiction de la sexualité hors du cadre du mariage par l'Islam pourrait faire en sorte que les jeunes filles célibataires ne reçoivent pas toujours l'éducation sexuelle nécessaire, n'aient pas accès à l'information ni à la contraception, puisqu'elles, les femmes divorcées et les veuves ne sont pas supposées avoir des rapports sexuels (Equipe Giné *et al.*, 2002; Turki *et al.*, 2002). Mais, bien que des grossesses non planifiées puissent survenir, ces femmes pourraient être plus à même de les accepter à cause des préceptes de leur religion. De façon similaire et tel que précisé dans la lettre encyclique du Pape Paul VI sur le mariage et la régulation des naissances[11], la religion catholique, qui prédomine dans plusieurs pays africains, exclut l'avortement comme « moyen licite de régulation des naissances » et reconnaît seulement l'abstinence périodique comme méthode contraceptive. Toutefois, sa position sur les méthodes

---

[10] http://www.genethique.org/revues/revues/2007/mai/20070525.1.asp , site consulté en septembre 2010.
[11] http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae_fr.html, site du Vatican consulté en avril 2010.

modernes de contraception a été récemment sujette à de nombreuses controverses. Peut-être que les femmes appartenant à la religion catholique font également partie des femmes qui seraient un peu plus ouvertes au « modernisme », à la contraception et à l'avortement.

En outre, plusieurs églises de la catégorie du « pentecôtisme » font des avancées dans plusieurs villes africaines avec des tendances à une rigueur religieuse basée sur les textes bibliques. La sexualité hors mariage est ainsi considérée par ces églises comme étant un « péché » ou une « déviance ». Probablement que l'avortement serait alors moins une option pour les femmes qui connaîtraient et mettraient en pratique ces points de vue, puisque la grossesse est vue comme un « cadeau spécial » ; des séances de prières étant même constamment organisées pour celles qui ont des difficultés à concevoir (Mate, 2002). Enfin, l'animisme, qui est encore présent dans plusieurs sociétés africaines (De La Torre, 1991a), se baserait sur des fondements sociaux souvent pro-natalistes (Amegee, 1999). L'animisme pourrait donc avoir tendance à ne pas accepter une légitimité des avortements.

L'appartenance à une religion semble ainsi influencer le recours à l'avortement et l'attitude face à l'avortement. Cependant, l'appartenance à une religion ne s'assimile pas forcément à l'adhérence à ses doctrines ni à des pratiques religieuses fréquentes. En effet, certaines études supposent que ce sont plutôt la fréquence d'assistance aux services religieux, le degré de religiosité et l'adhérence aux points de vue des religions qui influencent effectivement la décision (Mundigo, 2006; Stevans *et al.*, 1992). Pourtant, cette variable sur la religiosité est rarement collectée dans des enquêtes en Afrique.

- *Le lieu géographique de résidence*

Le lieu de résidence influence le recours à l'avortement. Bien que présent en milieu rural, l'avortement demeure un phénomène urbain car le risque d'avorter y est plus élevé qu'en milieu rural (Guillaume, 2004a; URD et DGSCN, 2001). Une étude a montré, pour le cas du Togo, que le nombre moyen d'avortements parmi les femmes ayant avorté était plus élevé à Lomé que dans les autres parties du pays (URD et DGSCN, 2001). Dans le contexte africain où des changements de comportements s'observent, les citadines pourraient être plus à risque d'avoir une grossesse prénuptiale non désirée et pourraient aussi probablement subir un moindre contrôle social les poussant à une meilleure déclaration de leurs

avortements. Elles font ainsi face à une baisse plus rapide de la fécondité. Le milieu urbain pourrait également être associé à un meilleur accès aux services d'avortement (Elul, 2004). Par contre, la moindre demande d'avortement en milieu rural africain pourrait être encore due au désir d'avoir une descendance nombreuse (Locoh, 2003).

- *Le contexte socio-économique*

Peu d'études ciblent l'effet des contraintes financières au niveau macroéconomique sur le risque d'avorter en Afrique. Toutefois, l'absence de système de sécurité ou d'assistance sociale, l'insuffisance de garderies ou crèches, le faible niveau des revenus et le coût élevé des services d'avortement affectent la décision des couples d'avorter ou de poursuivre une grossesse dans plusieurs pays en développement (Mundigo, 2006; Uygur et Erkaya, 2001).

En particulier, Braam et Hessini (2004) soulignent que la pauvreté et le manque de moyens financiers en Afrique sont des facteurs clés de la décision de recourir à un avortement. Les contraintes économiques, telles que le manque d'autonomie financière et matérielle, augmentent le risque d'avorter dans divers contextes (Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Guillaume, 2004a; Oye-Adeniran *et al.*, 2005). Une étude réalisée à partir des données de l'Enquête démographique et de santé du Togo de 1988 a montré que la probabilité d'utiliser une contraception augmentait avec l'autonomie financière de la femme (Gage, 1995) ; ce qui peut contribuer à réduire le risque de grossesse non désirée ainsi que d'avortement. Ces facteurs ne permettent pas aux femmes de prendre en charge un enfant et rendent l'accès aux services de santé plus difficile, surtout en l'absence de sécurité sociale. Par exemple, les données de l'Enquête de 2000 sur la *famille, les migrations et l'urbanisation au Togo* ont révélé que l'un des principaux motifs d'avortement, notamment chez les femmes âgées de plus de 35 ans ou mariées, était le manque de moyens financiers pour nourrir et prendre soin d'un enfant supplémentaire (URD et DGSCN, 2001). Le désir d'espacer ou limiter les naissances serait parfois lié à la cherté de la vie afin de mieux s'occuper des enfants.

IV.2 Les facteurs individuels

Des études empiriques, portant en général sur des pays en développement et en particulier sur ceux d'Afrique subsaharienne, ont montré que des facteurs démographiques et socio-économiques, mesurés au niveau individuel et familial, influencent également le risque

d'avorter. Ces facteurs sont : l'âge de la femme, son statut matrimonial, son niveau d'instruction et surtout le fait d'être toujours à l'école ou non, son activité économique ou le niveau de vie du ménage, la parité ainsi que le rang de grossesse, le fait d'avoir déjà eu un avortement, le caractère officiel ou non et la durée de la relation entre partenaires, la taille et composition de la famille. Ils seront présentés en détails dans la revue de littérature du chapitre 4. Mais, nous synthétisons leurs principaux effets sur le recours à l'avortement dans le but de présenter le cadre global d'analyse sur lequel se basera la présente thèse.

- *Âge et statut matrimonial*

Des études suggèrent un recours fréquent aux jeunes âges (Oye-Adeniran *et al.*, 2004a). Face aux normes et valeurs sociales qui pèsent sur les jeunes, l'avortement s'avère être l'issue la plus probable à leur grossesse non prévue. En effet, dans un contexte de recul de l'âge au mariage, les jeunes célibataires bien que fréquemment sexuellement actifs ont souvent un accès difficile à des contraceptions efficaces (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004). De la sorte, des grossesses prénuptiales, souvent traitées de « honteuses » en Afrique (Rossier *et al.*, 2006), surviennent généralement de façon non planifiée. Un récapitulatif récent de la situation des grossesses non désirées et des avortements provoqués au Nigéria a ainsi montré que près de 27 % des femmes qui ont interrompu des grossesses non désirées l'ont fait parce qu'elles n'étaient pas mariées (Guttmacher Institute, 2006). De plus, le caractère non officiel de la relation entre partenaires et son instabilité augmentent le risque de recourir à un avortement, notamment chez les jeunes (Calvès, 2002).

En revanche, une étude a montré que le recours à l'avortement est également fréquent chez des Togolaises âgées de 25-39 ans et chez celles en union (URD et DGSCN, 2001). L'avortement serait ainsi, aussi bien présent chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées, aussi bien chez les non mariées que chez les mariées. Mais, le recours aux âges avancés ou dans l'union serait principalement relié à l'histoire génésique des femmes.

- *Rang de grossesse, nombre d'enfants en vie et expérience avec l'avortement*

Des études antérieures menées en Afrique ont montré que le risque d'avorter était plus élevé pour les grossesses de rang élevé que pour les premières (Amétépé et Béguy, 2004; Desgrees Du Loû *et al.*, 1999). Il est aussi élevé chez les femmes qui ont plusieurs enfants

en vie, comparativement à celles qui n'en ont pas ou qui en ont peu (Ahiadeke, 2001; Amétépé et Béguy, 2004; Calvès, 2002). Enfin, les résultats d'une étude effectuée par Ahiadeke (2001) au Ghana ont montré que le fait d'avoir déjà eu recours à un avortement augmentait le risque d'avorter à nouveau, comparativement au fait de n'avoir jamais avorté.

- *Facteurs socio-économiques : activité économique et niveau d'instruction*

Le secteur informel est prépondérant en Afrique et il est souvent difficile de mesurer l'effet du revenu sur le recours à l'avortement, contrairement à certaines études réalisées dans des pays développés (Stevans *et al.*, 1992). Toutefois, l'activité économique exercée par la femme, et surtout son statut dans l'activité, influence le recours à l'avortement. Une étude menée au Ghana montre que les femmes travaillant à leur propre compte ou en dehors de leur foyer ont un risque plus élevé d'avorter que les autres (Ahiadeke, 2001). L'auteur a expliqué ces résultats, d'une part, par l'absence de congés de maternité payés chez les femmes qui travaillent à leur compte, d'autre part, par le soutien de la famille dont disposent celles qui travaillent à la maison pour s'occuper des enfants.

Plusieurs études montrent en outre que les femmes instruites sont plus susceptibles que les non instruites d'interrompre une grossesse (Ahiadeke, 2001; Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Guillaume, 2003; Okonofua *et al.*, 1999). Au delà de l'éducation moderne, l'éducation sexuelle influence la décision d'avorter (Stevans *et al.*, 1992), à travers son effet sur la pratique contraceptive, et le comportement sexuel et reproductif. Mais, elle est peu prise en compte dans les études même si l'amélioration de l'éducation sexuelle y est souvent recommandée.

En résumé, les facteurs associés à l'avortement, souvent liés au cycle de vie de la femme (Elul, 2004; Rossier *et al.*, 2005), rendent compte de la situation dans laquelle surviennent les grossesses. Même si ces facteurs se réfèrent à différents niveaux hiérarchiques, la décision d'avorter, qui est un « processus », est précédée par des étapes dont « l'activité sexuelle » a souvent été négligée (Rossier *et al.*, 2007). Selon le cadre proposé par Rossier et ses collègues (2007), les « déterminants proches » de l'avortement sont : l'exposition au risque de grossesse non prévue, l'utilisation ou non de la contraception, la survenue d'une

grossesse non prévue, la prise de décision, l'accès aux services d'avortement[12]. L'influence des autres déterminants passerait nécessairement par ceux-ci (Rossier *et al.*, 2007).

- *Le type de grossesse*

Selon les contextes en Afrique, une majorité de grossesses non désirées ou non planifiées sont interrompues par des avortements (Bongaarts et Westoff, 2000; Mundigo, 1992; Singh *et al.*, 2006), probablement parce qu'elles dévoilent souvent une sexualité « interdite ». Mais, toutes les grossesses non désirées ne sont pas forcément interrompues (Dalla Zuanna, 2002; Equipe Giné *et al.*, 2002). Plusieurs peuvent finalement être menées à terme (Bozkurt *et al.*, 2004). Des grossesses désirées peuvent aussi parfois être interrompues en cas de problème de santé (Dalla Zuanna, 2002).

- *La pratique contraceptive*

L'utilisation ou non de contraception est un élément incontournable dans le cheminement des femmes vers l'avortement (Dalla Zuanna, 2002; Guillaume, 2004b; Rossier *et al.*, 2005). Permettant d'éviter les grossesses non planifiées, une utilisation efficace des méthodes contraceptives minimiserait les échecs contraceptifs chez les femmes qui veulent contrôler leur fécondité, et par là, minimiserait aussi le recours aux avortements (Bongaarts et Westoff, 2000). Pourtant, plusieurs auteurs (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; Guillaume, 2003; Vignikin et Adjiwanou, 2004) ont montré qu'en Afrique, surtout dans les villes, le risque d'interrompre une grossesse est plus élevé chez les utilisatrices que chez les autres. Ces femmes ont pu être confrontées à l'échec de la méthode utilisée, d'autant plus que le préservatif est la méthode contraceptive moderne la plus fréquemment utilisée en Afrique et l'une des méthodes les moins efficaces qui n'est pas systématiquement utilisée lors de tous les rapports sexuels. De plus, malgré les bons niveaux de connaissance en matière de planification familiale, la pratique contraceptive moderne demeure généralement faible dans les pays africains (PRB, 2005). Une des principales causes des avortements en Afrique

---

[12] Dans la présente étude, l'accès aux services d'avortement ne peut être mesuré efficacement, vu le contexte d'illégalité dans lequel se déroule la grande majorité des avortements en Afrique. Nous assimilons alors la prise de décision d'avorter et l'accès aux services d'avortement à une seule étape : le recours à l'avortement. En dernier lieu, nous considérons l'exposition au risque de grossesse, et la survenue d'une grossesse non désirée plutôt que d'une grossesse non prévue.

serait alors aussi le manque d'informations et d'accès aux contraceptifs, notamment chez les jeunes illettrées et les femmes en situation de pauvreté (Locoh, 2003).

En définitive, dépendamment du désir ou non d'avoir un enfant, de la prise de conscience du risque de tomber enceinte et de l'éventuelle perception sociale de la grossesse, le cheminement vers un éventuel avortement peut être récapitulé comme suit (schéma 1.1) : l'exposition au risque de grossesse, l'utilisation ou non d'une contraception, le fait qu'une grossesse qui survient soit déclarée comme « non désirée » et le recours à l'avortement.

<u>Schéma</u> 1.1 : Séquence de comportements et d'étapes menant au recours à l'avortement

- Être à risque de grossesse ⇒
  - Utiliser une contraception ⇒
    - Pas de grossesse
    - Grossesse non désirée ⇒
  - Ne pas utiliser de contraception ⇒
    - Grossesse non désirée ⇒
    - Grossesse désirée
    - Pas de grossesse
- (Grossesse non désirée) ⇒
  - Recours à un avortement
  - Pas de recours à un avortement

V. Cadre global d'analyse des différents aspects du phénomène

Cette section présente un cadre global d'analyse du recours à l'avortement ainsi que la façon dont ce cadre est opérationnalisé dans cette thèse. Les hypothèses que nous testons sont spécifiées dans les articles qui ciblent chacun des différents aspects considérés.

V.1 Présentation du cadre

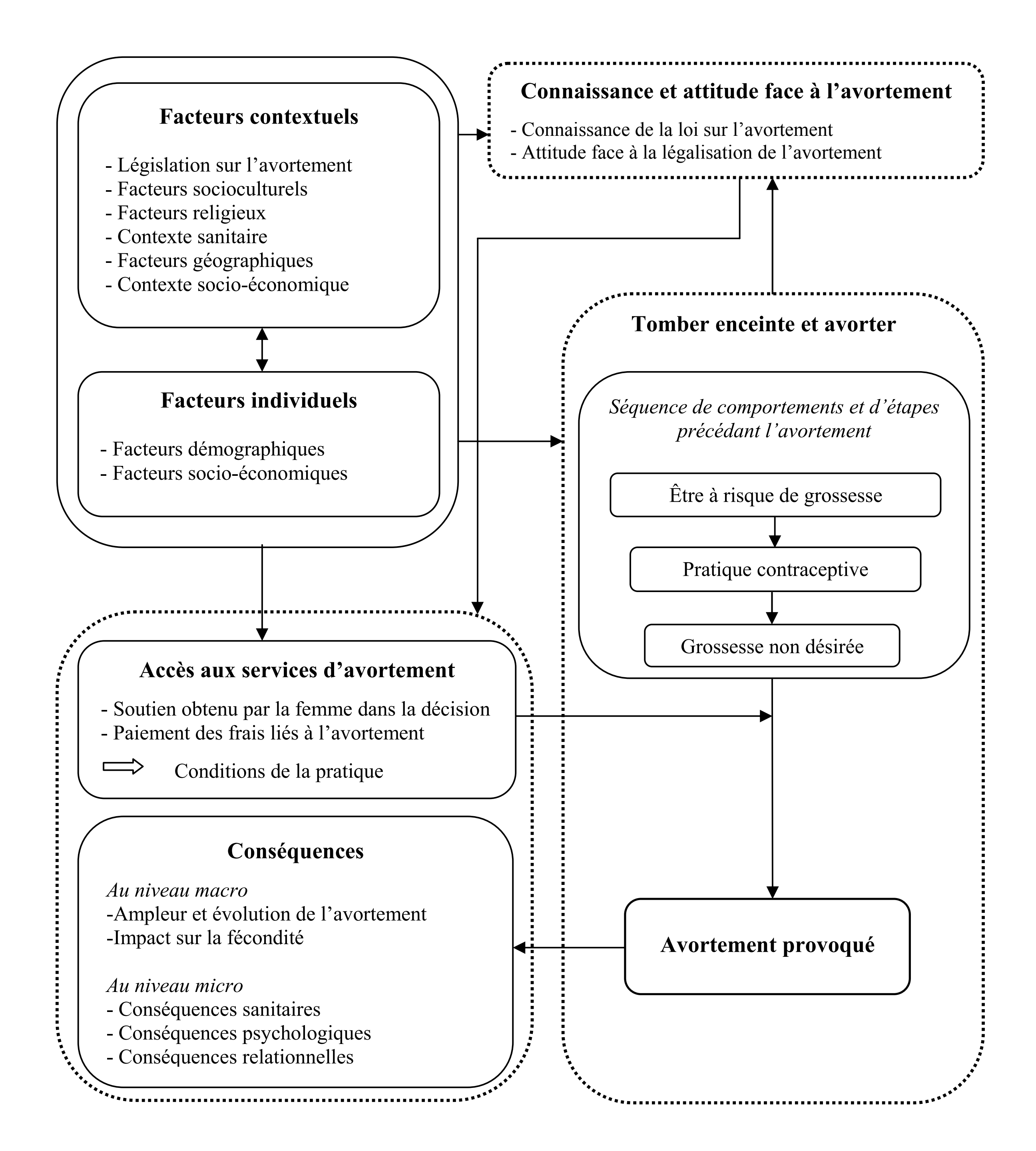
Le cadre d'analyse propose une approche globale du phénomène, en précisant les différents aspects que nous abordons dans la présente étude. Ce cadre, présenté dans le schéma 1.2, comporte trois blocs (en pointillés). Ayant une forte implication sur l'accès sécuritaire à des avortements et sur les réformes des lois, la connaissance de la loi sur l'avortement et l'attitude face à la légalisation de l'avortement sont abordées dans un premier bloc. Le bloc suivant cible la façon dont les facteurs contextuels, individuels et familiaux déterminent le recours à l'avortement, qui est une séquence de comportements et d'étapes passant par l'exposition au risque de grossesse, l'utilisation ou non d'une méthode contraceptive et la

considération d'une grossesse comme « non désirée ». Le dernier bloc fait référence aux circonstances et aux conditions des pratiques d'avortement qui conduisent, au niveau macro, à une certaine ampleur et évolution du phénomène ainsi qu'à un impact sur la fécondité, au niveau micro, à d'autres types de conséquences (sanitaires, psychologiques ou relationnelles). Bien qu'étant peu abordées dans les études, les conséquences relationnelles pourraient apporter des précisions sur la place des membres de la famille dans les décisions reproductives en général, et dans les décisions d'avorter en particulier.

Les mécanismes décrits dans le cadre d'analyse soulèvent certaines préoccupations puisque certains facteurs influencent en même temps plusieurs blocs et puisqu'il existe une causalité inverse entre le recours à l'avortement et certains facteurs. La partie du cadre d'analyse qui porte sur le fait de tomber enceinte et d'avorter suppose que les facteurs contextuels et individuels sont associés aussi bien au recours à l'avortement qu'à ses étapes antérieures (l'exposition au risque de grossesse, la pratique contraceptive et la déclaration d'une grossesse comme non désirée). Bien qu'il puisse y avoir une difficulté à isoler les effets propres de chaque facteur sur l'avortement, les analyses s'intéressent aussi à l'association entre ces facteurs et les étapes précédant l'avortement. Il est en effet utile de distinguer les facteurs qui influent, par exemple, sur l'utilisation de la contraception, de ceux qui conduisent à un avortement (Dalla Zuanna, 2002; Gui, 1999).

Par ailleurs, il existerait une causalité inverse entre la pratique contraceptive et le recours à l'avortement. Tout d'abord, l'absence de pratique contraceptive efficace entraîne un risque élevé du recours à l'avortement, afin d'interrompre des grossesses non désirées. Une étude a, par exemple, montré qu'à Lomé, 77 % des femmes ayant déjà avorté n'utilisaient aucune méthode contraceptive avant leurs grossesses qui avaient été interrompues et plus de 19 % pratiquaient l'abstinence périodique comme méthode (Amétépé et Béguy, 2004).

Schéma 1.2 : Cadre global d'analyse du recours à l'avortement provoqué



Note : Les blocs en pointillés représentent les différents aspects du recours à l'avortement que nous étudions dans cette étude. Certains facteurs contextuels restent non opérationnalisés.

Inversement, les femmes pourraient anticiper le fait qu'elles sont à risque de recourir à un avortement, en utilisant une contraception. Les femmes, ayant déjà avorté ou ayant eu des complications après un avortement et qui pourraient être à risque d'un nouvel avortement, améliorent souvent leur utilisation de la contraception (Adjahoto *et al.*, 1999; Guillaume, 2004a). L'effet de l'utilisation d'une contraception sur l'avortement pourrait ainsi être surestimé (biaisé vers le haut). Le problème de causalité inverse se pose également entre le statut matrimonial et le recours à l'avortement puisque le mariage pourrait être une réponse à une grossesse non désirée afin d'éviter un avortement (Stevans *et al.*, 1992).

Pour résoudre ces problèmes, certains auteurs suggèrent habituellement que les variables indépendantes concernées soient mesurées bien avant la survenue de l'événement d'intérêt (Stevans *et al.*, 1992). Cependant, cette condition ne suffit pas dans tous les cas, à cause de l'éventuelle anticipation dans les comportements des individus. La prise en compte de ces problèmes dans les analyses, et surtout dans l'interprétation des résultats, est primordiale.

V.2 Opérationnalisation du cadre

- *Évolution et impact de l'avortement sur la fécondité*

Pour opérationnaliser cet aspect du recours à l'avortement (chapitre 3), nous combinons une méthode indirecte, la méthode résiduelle basée sur le modèle des variables intermédiaires de la fécondité (Bongaarts, 1982; Johnston et Hill, 1996), et une méthode directe. Des taux et indices synthétiques d'avortement seront calculés, indirectement pour 1988 et 1998, puis directement pour les périodes 1987-1992, 1992-1997 et 1997-2002. L'évolution peut également être observée grâce aux changements de comportement en matière d'avortement, selon la génération. Les générations considérées sont composées de femmes âgées de 15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans et 45-49 ans. Nous utiliserons l'analyse de survie pour calculer le pourcentage de femmes qui ont déjà avorté à 15, 20, 25, 30 et 35 ans, à partir des données de la table de survie, et ceci par génération. Nous calculerons par la suite les nombres moyens d'avortements atteints à 15, 20, 25, 30 et 35 ans selon la génération, à partir d'une approche longitudinale. Enfin, les pourcentages de femmes qui ont commencé leur vie féconde par un avortement et de celles qui ont avorté après avoir eu au moins une naissance seront calculés par génération, grâce à

une analyse de séquence des issues des grossesses, pour voir si l'avortement y est utilisé différemment.

Nous déterminons l'impact de l'avortement sur la fécondité en calculant le pourcentage de réduction de la fécondité potentielle induit par l'avortement en 2002. Celui-ci dépend du nombre de naissances évitées par un avortement, qui est obtenu d'après une formule proposée par Leridon (2002) et d'après l'indice d'avortement de Bongaarts (1982).

- *Facteurs associés au recours à l'avortement*

Nous ciblons ici comment les facteurs associés au recours à l'avortement sont également associés à chacune des étapes précédant l'avortement. Dans l'opérationnalisation de ce bloc (chapitre 4), nous utilisons quatre variables dépendantes pour cerner les étapes considérées. La première est l'« exposition au risque de grossesse » et la deuxième, l'« utilisation d'une contraception » par la femme alors qu'elle est à risque de grossesse. Nous distinguons dans ce cas les méthodes modernes des autres. Pour les deux dernières étapes, l'unité d'analyse est la grossesse. La troisième variable dépendante mesure le fait qu'une « grossesse qui survient soit déclarée comme non désirée ». En supposant que les avortements surviennent uniquement en cas de grossesse non désirée, la dernière variable dépendante mesure le fait qu'une « grossesse non désirée soit interrompue par un avortement ». On peut, toutefois, tenir compte des conditions de pratique dans cette variable et distinguer les avortements plus risqués de ceux qui le sont moins, si les données le permettent. On aura alors une variable avec trois modalités. En utilisant "le lieu", "la méthode d'avortement utilisée" et "l'assistance reçue au moment de l'avortement" (Leke, 1998), les avortements à risque ou plus risqués seraient ceux qui sont pratiqués hors d'un centre de santé et/ou sans l'assistance d'un personnel de santé (encadré 2 de l'annexe 1). Ces avortements sont fréquents en Afrique à cause des lois restrictives et du contexte économique et social des femmes en général, des adolescentes et jeunes en particulier.

Concernant les variables explicatives, certains facteurs contextuels tels le contexte sanitaire ou socio-économique, et la législation restent difficiles à appréhender dans le contexte africain. Cependant, l'« ethnie » et la « génération » permettent de placer les femmes dans leur contexte socioculturel. En traduisant la position des religions à propos de la sexualité,

de la contraception ou du recours à l'avortement, les facteurs religieux peuvent être mesurés, soit par l'« appartenance à une religion donnée », soit par la « religiosité » qui reflète la fréquence et l'adhérence aux positions des religions. La « connaissance d'une parente ou amie ayant déjà avorté » est un élément contextuel qui pourrait aussi influencer la décision d'avorter et l'accès à l'avortement. Quant aux facteurs individuels, ils seront mesurés par le « niveau d'instruction atteint », « âge », « statut matrimonial », « nombre d'enfants en vie » et « nombre d'avortements précédents ». Dans l'analyse des deux dernières étapes, ces facteurs varient dans le temps et rendent compte de la situation dans laquelle survient chaque grossesse. Le « rang de grossesse » et l'« intervalle inter-génésique avant la grossesse » pourraient enfin renseigner sur le désir d'espacer ou de limiter des naissances.

Des analyses descriptives seront tout d'abord menées afin de décrire chacune des étapes séquentielles menant à l'avortement. Par la suite, des régressions logistiques binomiales seront utilisées pour analyser l'exposition au risque de grossesse, puis, des régressions logistiques multinomiales, pour la pratique contraceptive. Puisqu'une femme peut avoir une grossesse non désirée ou un avortement à plusieurs reprises (événements renouvelables), des régressions logistiques multi-niveaux à effets aléatoires permettront d'étudier le fait qu'une grossesse soit déclarée comme « non désirée » ou qu'une grossesse non désirée soit « interrompue par un avortement ». Ces régressions, réalisées avec la commande « xtlogit » du logiciel Stata, ajustent les erreurs corrélées pour les grossesses d'une même femme et estiment correctement les erreurs-types des variables indépendantes qui sont fixes à travers le temps. Les différents groupes de variables indépendantes seront successivement introduits dans les modèles afin d'observer d'éventuelles modifications dans les résultats.

- *Conditions et conséquences*

Dans le contexte d'accès légal et social restrictif à l'avortement en Afrique, le troisième aspect du phénomène porte sur les conditions et conséquences qui sont souvent reliées à la clandestinité de l'acte (chapitre 5). Nous pouvons mesurer les circonstances dans lesquelles la décision d'avorter a été prise, d'une part, par l'« autonomie décisionnelle » afin de voir si la décision est prise d'un commun accord avec le partenaire, par la femme seule ou si d'autres personnes s'y impliquent, d'autre part, par l'« autonomie financière » qui précise

la personne qui a principalement payé les frais liés à l'avortement. En termes de conditions des pratiques, nous pouvons utiliser le « lieu de l'avortement », la « personne ayant procédé à l'avortement » et la « méthode d'avortement utilisée ». Les conséquences sanitaires peuvent être mesurées par la « survenue de complications », « avoir été hospitalisé », « durée moyenne du temps passé à l'hôpital » (Misago et Fonseca, 1999) et « avoir subi une opération dans le cadre du traitement de complications ». Les conséquences psychologiques seront mesurées par « ce que la femme a ressenti après l'avortement », les conséquences relationnelles le seront à travers l'« effet que l'avortement a eu sur la relation entre la femme et ses proches ».

Nous testerons la différence des conditions et conséquences des avortements selon des facteurs individuels qui sont associés au recours à l'avortement, grâce à des tests de Chi-deux. Le rang de l'avortement, l'âge, le statut matrimonial ou le niveau d'instruction au moment de la grossesse qui a conduit à l'avortement seront considérés.

- *Connaissance et attitude face à l'avortement*

Cet aspect du recours à l'avortement est traité en dernière position (chapitre 6) et peut s'opérationnaliser par deux variables dépendantes : « connaissance exacte de la loi sur l'avortement », c'est-à-dire connaître la loi et les restrictions qu'elle comporte, et « attitude face à la légalisation de l'avortement » qui distingue les femmes qui approuvent une telle légalisation de celles qui la désapprouvent. Ces éléments sont assez peu abordés dans la littérature à cause de la sensibilité du sujet, mais ils ont besoin d'être étudiés puisqu'ils conditionnent souvent l'accès sécuritaire aux pratiques. Presque toutes les variables explicatives proposées dans l'analyse des facteurs seront considérées, auxquelles nous ajoutons l'« existence d'un revenu chez la femme » et la « connaissance contraceptive ».

Des analyses descriptives seront premièrement menées. Ensuite, les probabilités qu'une femme connaisse la loi ou approuve la légalisation de l'avortement seront modélisées grâce à des régressions logistiques multiples, réalisées avec l'option « cluster » du logiciel Stata afin de tenir compte de l'éventuelle dépendance de l'attitude des femmes résidant dans un même quartier.

Chapitre 2 - Sources de données

Différentes sources de données, incluant les Enquêtes démographiques et de santé du Togo, sont utilisées dans la présente thèse. Toutefois, la principale source est l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué à Lomé. Ce chapitre fait une description globale des données de cette enquête, une présentation des principales limites et une évaluation succincte de la qualité de ces données. Les variables et limites spécifiques aux différents aspects du sujet sont présentées en détail dans les articles.

I. Enquêtes démographiques et de santé

Deux Enquêtes démographiques et de santé (EDS) ont été réalisées au Togo dans le cadre du projet initié par l'USAID afin de fournir, entre autres, des données démographiques et des informations sur la santé et la nutrition dans les pays en développement. La première EDS s'est déroulée de juin à novembre 1988 et la seconde, de février à mai 1998. Un questionnaire Ménage et un questionnaire individuel Femme ont été utilisés. De plus, un questionnaire communautaire a été administré aux infrastructures sanitaires en 1988 et un questionnaire individuel Homme a été inclus dans l'enquête de 1998.

Des informations sur la fécondité, la pratique contraceptive, les comportements postpartum et l'histoire matrimoniale des femmes seront considérées. Elles sont collectées à partir des questionnaires individuels femmes, administrés au niveau national à 3360 femmes âgées de 15-49 ans en 1988, et à 8569 femmes en 1998. L'étude se limitant à la ville de Lomé, des sous - échantillons de 750 femmes en 1988 et de 1417 femmes en 1998 seront retenus.

II. Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué

L'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP) a été organisée conjointement par l'Unité de recherche démographique (URD) de l'Université de Lomé et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle a été réalisée de juillet à août 2002 dans la ville de Lomé et dans ses environs. Elle avait pour objectif général de mesurer l'impact de

l'avortement sur les niveaux de fécondité, d'étudier les conditions et circonstances du recours à l'avortement ainsi que les raisons qui poussent les femmes à avorter (URD et OMS, 2002a). Elle visait à élucider les relations entre l'utilisation de la PF et le recours à l'avortement. Les objectifs spécifiques de l'EPAP sont présentés en annexe 5.

L'enquête présente un caractère délicat à cause de la sensibilité du sujet. La méthodologie d'enquête en « face à face » ayant été utilisée, plusieurs femmes auraient pu être réticentes à confier des informations sur leurs avortements. Certains avortements provoqués auraient aussi pu être déclarés comme étant spontanés (Rossier, 2009), entraînant ainsi une sous-déclaration. Pour garantir la bonne qualité de l'enquête, il a été fortement recommandé aux agents enquêteurs de bien l'introduire, d'établir un rapport de confiance avec l'enquêtée et de ne pas être directs en posant des questions intimes. En définissant l'avortement comme étant une solution de certaines femmes à une situation de grossesse non prévue (grossesse rapprochée, grossesse voulue mais pas aussitôt, échec contraceptif, opposition du partenaire à la grossesse), les agents devraient interroger les enquêtées seules (sauf s'ils ont besoin d'un interprète), mettre l'accent sur la confidentialité des réponses et être neutres pendant l'entrevue (URD et OMS, 2002a). Des données qualitatives permettant de mieux saisir certains aspects des avortements, tels que le contexte culturel et social (Coeytaux, 1988; Mundigo, 1999), l'EPAP est composée d'un volet quantitatif et d'un volet qualitatif.

II.1 Le volet quantitatif

Il se base sur un questionnaire individuel de 19 pages qui a été administré à 4755 femmes âgées de 15-49 ans, retenues dans 3266 ménages. L'échantillon est auto-pondéré, représentatif de la population des femmes en âge de procréer, et est issu d'un sondage à trois niveaux. La même base de dénombrement que celle qui a été utilisée lors de l'Étude togolaise sur les migrations et l'urbanisation (ETOMU), réalisée en 2000, a été considérée et actualisée. Dans un premier temps, toutes les 129 grappes de Lomé ont été retenues grâce à la cartographie existante. Dans un deuxième temps, des ménages ont été tirés proportionnellement à la taille des grappes, de telle sorte que l'échantillon des ménages soit auto-pondéré à l'intérieur de chaque grappe. Finalement, toutes les femmes âgées de 15-49 ans dans les ménages sélectionnés ont été systématiquement retenues pour l'enquête (URD et OMS, 2002b). Le questionnaire comprend quatre modules :

- *Caractéristiques sociodémographiques*

Le premier module permet d'obtenir certaines caractéristiques des femmes au moment de l'enquête. Il s'agit de leur âge, lien de parenté avec le chef de ménage, ethnie, religion, niveau d'instruction atteint, statut matrimonial ainsi que leur âge à la première union, la cohabitation ou non avec le partenaire et l'activité du partenaire au cas échéant. Il fournit aussi des informations sur l'activité économique principale et secondaire des femmes, de même que leur statut dans l'activité.

- *Connaissance et utilisation de la contraception*

Le deuxième module décrit la connaissance contraceptive des femmes à l'enquête et les sources d'informations sur les méthodes de contraception. Parmi les enquêtées ayant déjà eu des rapports sexuels, l'âge aux premiers rapports, l'utilisation passée et/ou actuelle d'une méthode contraceptive ont été collectés. On a demandé à celles qui en utilisaient au moment de l'enquête, la principale raison d'utilisation ainsi que les circonstances du choix de la méthode, du paiement des coûts et de la prise de décision concernant la pratique. Les autres ont fourni la principale raison pour laquelle elles n'utilisaient aucune contraception.

- *Historique des grossesses*

Cette section enregistre la liste complète, sous forme de tableau, des grossesses survenues au cours de la vie génésique des enquêtées, dans l'ordre de conception. Elle permet de minimiser d'éventuels oublis chez les femmes (surtout âgées) et de vérifier certaines de leurs déclarations. En effet, il a été tout d'abord demandé à chaque femme, le nombre total de grossesses qu'elle a eues, le nombre de celles ayant abouti à des naissances vivantes, morts nés, fausses couches (avortements spontanés), avortements provoqués, avortements thérapeutiques[13] et le nombre de grossesses extra-utérines. Le nombre total d'enfants en vie à l'enquête, selon le sexe, a été aussi collecté. Ces nombres peuvent également être obtenus grâce aux informations du tableau des grossesses, qui contient le rang de chaque grossesse,

---

[13] Tel que défini dans l'encadré 1 de l'annexe 1, un avortement thérapeutique ou une interruption médicale de grossesse est un acte provoqué uniquement pour des raisons médicales. Quelle que soit la loi qui a été ou qui est en vigueur sur l'avortement au Togo, l'avortement est au moins autorisé sur prescription d'un médecin et lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie de la femme, donc, pour des raisons médicales. Les avortements thérapeutiques ne seront pas pris en compte dans nos analyses puisque nous nous intéressons aux avortements provoqués dans la situation où la femme déclare ne pas être désireuse de sa grossesse.

le fait qu'elle ait été « désirée » ou non, son issue, la date et lieu de l'issue, et la personne qui a assistée la femme au moment de l'issue. L'âge de la femme, sa pratique contraceptive, son niveau d'instruction atteint et statut matrimonial aux grossesses ont été recueillis. Dans le cas où la grossesse a abouti à une naissance, le sexe et la survie de l'enfant sont précisés.

Les enquêtées ayant déjà eu des rapports sexuels et qui ne sont ni stériles, ni ménopausées, ont enfin énoncé leur intention sur le nombre d'enfants supplémentaires voulu, sur une utilisation continue ou future de la contraception, sur l'issue à donner à une grossesse « non désirée » et si elles avaient déjà pensé à avorter. Des questions sur les comportements post-partum (abstinence, allaitement, aménorrhée) ont, en dernier lieu, été posées aux femmes qui ont eu au moins une naissance vivante au cours des trois années précédant l'enquête.

- *Avortement provoqué*

Ce module est placé en dernière position afin de permettre aux agents enquêteurs de mettre l'enquêtée en confiance et de minimiser les possibilités de refus de réponse. Les questions portent sur la principale raison et les conditions (méthodes utilisées, lieu, personne ayant procédé à la pratique) du premier et/ou du dernier avortement des femmes. Elles ciblent aussi le lieu de résidence de la femme au moment de ces événements, la personne qui l'a moralement soutenue dans la décision d'avorter ainsi que la personne qui a payé les coûts des avortements. Des conséquences sanitaires et l'effet direct des avortements sur la vie de la femme, ce qu'elle a ressenti après, et certaines caractéristiques du logement dans lequel elle vivait au moment de ces avortements, ont été finalement collectés.

La dernière partie du module renseigne sur la connaissance des méthodes d'avortement et d'une parente ou amie qui a déjà avorté, sur la connaissance de la loi et des conditions dans lesquelles l'avortement est autorisé au Togo. Les femmes ont déclaré le nombre de leurs sœurs âgées de plus de 15 ans qui sont décédées suite à un avortement ou à une grossesse. Des questions ont aussi visé l'opinion des femmes sur le recours à un avortement en cas de grossesse non désirée et sur la légalisation de l'avortement, ainsi que les raisons justifiant ces opinions. Quelques solutions pour éviter une grossesse non désirée ont enfin été proposées par les enquêtées. Le tableau 2.1 présente quelques caractéristiques des femmes interrogées au moment de l'EPAP.

À l'instar de la population de Lomé qui est jeune, plus de 40 % des enquêtées ont moins de 25 ans. Elles sont principalement d'ethnie adja-éwé (70 %), catholiques (44 %), et 22 % d'entres elles n'ont aucun niveau d'instruction. La majorité (88 %) a déjà eu des rapports sexuels, avec un âge médian aux premiers rapports sexuels de 17,8 ans chez les 25-49 ans. Plus de 38 % des femmes sont célibataires et 54 % sont en union, avec un âge médian à la première union de 21,5 ans chez les 25-49 ans. Reflétant le fait que les femmes de Lomé sont souvent économiquement actives, la plupart des enquêtées disposent d'un revenu (61 %) à l'enquête, et 43 % sont des commerçantes. Toutefois, seules 37 % d'entre elles ont un partenaire qui travaille en tant qu'employé ou indépendant.

Tableau 2.1 : Profil des femmes interrogées lors de l'EPAP

Variables Modalités	Pourcentage	Variables Modalités	Pourcentage
Âge à l'enquête (en années)		Femme a un revenu	
15 - 24	40,1	Sans revenu (Élève/étudiante/apprentie)	20,7
25 - 34	33,9	Sans revenu (sans activité/retraitée/chômeuse et autres)	17,9
35 - 49	26,0	A un revenu	61,4
Ethnie		Activité économique du partenaire	
Adja-éwé	70,4	Femme n'a pas de partenaire	46,0
Kabyè-tem	12,6	Sans activité	0,8
Autres togolaises [a]	9,5	Commerçant	4,4
Étrangères	7,5	Agriculture/artisanat	8,4
Religion		Élève/étudiant/apprenti	0,6
Catholique	43,8	Employé/indépendant	36,9
Traditionnelle	6,7	Autres	2,9
Protestante	12,9	Nombre d'enfants en vie	
Islamique	8,5	Jamais été enceinte	32,1
Autres [b]	20,7	0	9,3
Aucune	7,4	1-2	32,4
Statut matrimonial		3 et plus	26,2
Célibataire	38,2	Connaissance contraceptive	
Mariée	49,5	Aucune méthode	2,1
Union libre	4,5	Contraception moderne	96,0
Séparée/divorcée/veuve	7,8	Autres contraceptions	1,9
Niveau d'instruction		Pratique contraceptive	
Aucun niveau	22,5	Aucune méthode	70,0
Niveau primaire	38,8	Contraception moderne	18,7
Niveau secondaire et supérieur	38,7	Autres contraceptions	11,3
Activité économique		Connaissance de parente/amie ayant avorté	
Sans activité	14,2	Non	56,8
Commerçante	42,6	Oui	43,2
Agriculture/artisanat	18,0	Âge médian à la 1ère union (en années)	21,5
Aide familial	4,3	Âge médian aux 1ers rapports sexuels (en années)	17,8
Élève/étudiante/apprentie	14,3		
Employée/indépendante	6,0	Total	100
Autres	0,6	Effectif des femmes	4755

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

[a] *Conformément au regroupement retenu pour l'enquête, cette catégorie « autres togolaises » regroupe dans cette étude, par ordre d'importance, les groupes - Para-gourma et Akan - Ana-Ife - Akposso-Akebou - et autres togolais.*

b Cette catégorie « autres » regroupe dans cette étude d'autres religions principalement chrétiennes telles que - Adventiste du 7ème jour - Aladoura - Aller les chercher - Amis du Christ – Apostolique – Brotherwood - Christianisme céleste - Église la vie profonde - Église Maison du Christ - Jésus Reviendra - La renaissance - Ministère de la foi agissante - Ministère de la foi chrétienne - Nouvelle alliance apostolique – Pentecôtiste – les Saints de Dieu.

Note : les âges médians sont calculés à partir de l'analyse de survie, pour les femmes âgées de 25-49 ans.

Par ailleurs, environ 32 % des femmes interrogées n'ont jamais été enceintes, alors que plus de 26 % ont au moins 3 enfants en vie au moment de l'enquête. La quasi-totalité (98 %) des enquêtées connaissent les méthodes contraceptives, notamment les méthodes modernes[14] (96 %). Pourtant, leur prévalence est faible car seulement 19 % des femmes utilisaient une contraception moderne au moment de l'enquête. Un peu plus de 11 % utilisaient une contraception non moderne[15], tandis que 70 % n'en utilisaient aucune (tableau 2.1).

II.2 Le volet qualitatif : des discussions de groupes et des entretiens approfondis

Il s'est tenu deux semaines après la fin de la collecte des données quantitatives et comprend des discussions de groupes de femmes menées en langues locales (surtout en éwé et mina) et des entretiens approfondis réalisés en français auprès de professionnels de la santé. Le canevas des discussions et les guides d'entretiens semi-directifs sont présentés en annexe 6. Les données ont été enregistrées, puis, transcrites (en français pour les discussions) par des chercheures du projet. Le tableau 2.2 résume les différentes composantes de ce volet.

Tableau 2.2 : Récapitulatif des données qualitatives

Les discussions de groupes			**Les entretiens individuels auprès des professionnels de la santé**		
Code du groupe	Composition du groupe	Nombre de femmes	Centre de santé	Service de l'interviewé(e)	Nombre de professionnels
FGJI_N 1	Jeunes instruites	10	CHU Tokoin	Gynécologie	3
FGJI_N 2	Jeunes instruites	7		PF	2
FGJNI_N 1	Jeunes non instruites	10	ATBEF	Gynécologie	1
FGJNI_N 2	Jeunes non instruites	10		PF	1
FGNJI_N 1	Plus âgées et instruites	10	Maternité de Bè	Gynécologie	3
FGNJI_N 2	Plus âgées et instruites	10		PF	1
FGNJI_N 3	Plus âgées et instruites	8			
FGNJNI_N 1	Plus âgées et non instruites	10			
FGNJNI_N 2	Plus âgées et non instruites	10			
FGNJNI_N 3	Plus âgées et non instruites	10			

À la fin de l'administration du questionnaire du volet quantitatif, on a demandé aux femmes si elles acceptaient de participer plus tard à des discussions de groupes. Les contrôleurs de bureau recrutés pour l'enquête et chargés de la vérification des données collectées par les agents et les contrôleurs de terrain ont constitué une base pour les femmes consentantes,

[14] Les méthodes modernes de contraception regroupent le stérilet, l'injection, le norplant, le condom, le fémidon, la pilule ou les spermicides.
[15] Les méthodes non modernes sont : l'abstinence périodique, le retrait, les méthodes traditionnelles ou autres.

une semaine après la fin du terrain de l'enquête quantitative. À partir de cette base, 95 femmes ont été tirées au hasard pour participer à dix séances de discussions. Afin de garder l'anonymat des femmes qui ont déjà avorté, les groupes de discussions étaient mixtes ; composés autant de femmes ayant avorté que de celles qui n'ont jamais avorté. L'identité des femmes n'était pas non plus connue des modérateurs des discussions. Le nombre de participantes variait entre 7 et 10 par groupe, et les critères de constitution des groupes étaient l'âge et le niveau d'instruction. Une femme âgée de 15-24 ans a été considérée comme « jeune » ; et « plus âgée » si elle avait 25 ans et plus. Une femme a été considérée comme « non instruite » si son niveau d'instruction était inférieur ou égal à la 6ème année du primaire ; et « instruite » dans le cas contraire. Ainsi, deux groupes de jeunes femmes instruites, deux de jeunes non instruites, trois groupes de femmes plus âgées et instruites, et trois de femmes plus âgées et non instruites ont été formés. Les informations collectées concernent, entre autres, la perception des femmes de la définition même de l'avortement, les motifs, conditions, risques sanitaires, conséquences morales et sociales des avortements. Les discussions abordaient aussi la question de la légalisation de l'avortement, de l'implication du partenaire ou des parents dans la décision d'avorter, de l'avortement comme méthode d'espacement et/ou de limitation des naissances, et des précautions à prendre pour éviter un avortement.

Les entretiens individuels ont été menés auprès des professionnels de trois centres de santé, tirés au hasard sur une liste de personnel préalablement constituée. Les centres concernés sont le CHU de Tokoin, le centre de l'ATBEF et l'hôpital secondaire de Bè ; les centres de PF de l'ATBEF et de Bè étant les plus actifs du Togo (Amegee, 1999). Onze professionnels ont été retenus dont 7 dans les services de gynécologie et 4 dans les services de PF. L'objectif principal de ces entretiens individuels était de mieux appréhender l'offre en matière de PF et d'avortement, et de mettre en évidence l'attitude des prestataires face aux situations d'avortement en termes de conseils. Les guides d'entretiens ont permis aux professionnels de s'exprimer, entre autres, sur ce qu'ils pensaient de l'avortement et de sa légalisation au Togo, et des caractéristiques des femmes qui avortent. De plus, les professionnels des services de gynécologie ont décrit les types de prise en charge prévus dans leur service en cas de complication d'avortement provoqué ainsi que les dangers ou complications auxquelles peuvent s'exposer les femmes qui avortent. En revanche, les

professionnels interrogés dans les centres de PF ont listé les méthodes contraceptives qui sont conseillées et disponibles dans leur service.

II.3 Les principales limites des données de l'EPAP

Des limites et biais potentiels sont à noter autant pour les données quantitatives que pour les qualitatives, principalement, à cause du caractère « honteux » de l'avortement et du contexte socioculturel qui stigmatise souvent les femmes qui ont avorté. Plusieurs études ont souligné des sous-déclarations des comportements stigmatisés, tels que la sexualité pré-maritale ou l'avortement, notamment dans les enquêtes en face à face (Hewett *et al.*, 2004b; Jones et Kost, 2007; Rossier *et al.*, 2007). Ces sous-déclarations découlent souvent des cas de refus ou de forte dissimulation de réponses. Ce qui rend difficile la mesure de l'ampleur du phénomène dans les enquêtes. Les données du volet quantitatif de l'EPAP, réalisé en face à face, sous-estiment certainement les déclarations d'avortements. Précisément, les avortements des femmes qui y ont eu recours clandestinement et qui ont su assez bien les dissimuler ou mentir seront sous-estimés, surtout si les pratiques n'ont pas engendré de conséquences sanitaires. Ces situations engendrent une sous-estimation de l'ampleur et une surestimation de l'incidence des conséquences sanitaires par rapport à la réalité. Dans le même temps, l'absence des données des femmes décédées des suites de complications d'un avortement ou décédées d'autres causes mais en ayant eu des complications d'avortement peut entraîner une sous-estimation des avortements et de l'incidence des complications d'avortement. D'autres biais possibles sur l'ampleur ou sur l'incidence des complications d'avortement peuvent également provenir de l'absence de l'EPAP des femmes qui ont migré de Lomé mais après avoir avorté.

La sous-déclaration des avortements et le degré de dissimulation peuvent varier selon certaines caractéristiques des femmes ; ils pourraient être notamment plus forts chez les femmes qui ont plus à perdre de la découverte de leur avortement. Par exemple, les femmes les plus éduquées, qui ont probablement une origine sociale particulière, pourraient avoir tendance à mentir et à sous-déclarer leurs avortements. Les femmes plus jeunes pourraient également avoir tendance à dissimuler leurs avortements à cause de la réprobation sociale de leur sexualité. En étant rétrospectif, les données peuvent enfin souffrir d'une omission des avortements, en particulier ceux des femmes les plus âgées et en début de vie féconde.

Le contexte socioculturel peut également orienter les réponses des femmes vers des attentes sociales. Il est possible que les enquêtées adaptent intentionnellement leurs réponses à l'opinion dominante, aux normes ou au modèle de comportement souhaité dans le milieu social (Amegee, 2002; Hewett *et al.*, 2004b). Par exemple, les femmes pourraient avoir tendance à fréquemment déclarer des motifs d'avortement et une opinion sur l'avortement ou sur sa légalisation qu'elles pensent être socialement acceptables. L'avortement étant un sujet sensible à cause de sa réprobation sociale, de ses enjeux éthiques et de la législation restrictive, les déclarations des enquêtées ont pu demeurer très normatives, surtout sur les questions relatives à la légalisation de l'avortement. Par exemple, le fait que les questions concernant l'opinion sur la légalisation ou les conséquences psychologiques aient été des questions fermées constituent une limite. On pourrait ainsi s'attendre à ce que les femmes exagèrent leur désapprobation de la légalisation de l'avortement ou le fait d'avoir eu des sentiments négatifs après un avortement. Cette crainte a pu être plus accentuée pour les discussions de groupes au cours desquelles plusieurs femmes risquent d'aller le même sens.

Une autre limite du volet quantitatif de l'EPAP est qu'elle a uniquement ciblé des femmes. Non seulement les hommes n'ont pas été enquêtés, les caractéristiques des partenaires ou de la relation entre le couple, les circonstances de la prise de décision concernant l'issue à donner à une grossesse n'ont pas été collectées pour le moment des grossesses. Les hommes ne figurent pas non plus parmi les professionnels de la santé qui ont été interrogés.

Certaines variables, telles que le « lieu de socialisation », « lieu de résidence» ou « être en cours de scolarisation » au moment de la survenue des grossesses sont absentes des données de l'EPAP. Des caractéristiques du ménage ou l'activité économique de la femme, qui renseigneraient sur le moment des grossesses, n'ont été collectés que pour le premier et/ou le dernier avortement, ou pour le moment de l'enquête. De même, tous les avortements qui avaient été tentés plusieurs fois avant d'aboutir ; le coût ou la méthode d'avortement utilisée à chaque tentative ; les motifs, conséquences ou coûts d'éventuels traitements de complications de tous les avortements ne sont pas identifiables à partir des données. Par conséquent, tous les avortements directement provoqués dans des centres de santé avec des méthodes médicales ne sont pas distingués des avortements incomplets se terminant dans

des centres de santé avec l'assistance d'un personnel de santé. Seules les femmes qui ont réussi leur premier et/ou dernier avortement grâce à une intervention gynécologique (curetage ou aspiration) avaient précisé la méthode utilisée avant l'intervention.

Concernant les données qualitatives, une limite importante est le fait que les discussions de groupes ne semblent pas permettre d'appréhender de façon approfondie certaines questions, telles que les motifs ou conséquences, qui nécessiteraient un certain vécu des femmes plutôt que des réponses imprécises. La fiabilité des informations recueillies lors des discussions a pu être moindre à cause de la tendance à des discours assez normatifs, par exemple sur un sujet aussi délicat qu'est la légalisation de l'avortement. La formulation des questions a d'ailleurs pu orienter les réponses. Il pourrait ainsi y avoir une possibilité d'exagération dans les propos des femmes. Une autre limite est l'absence de perceptions sur les questions de genre, sur la compréhension ou représentation des grossesses pour une femme, sur les risques perçues des méthodes contraceptives modernes, et sur les représentations relatives à la reproduction. Quant aux entretiens individuels, la manière dont certaines questions concernant l'offre et la disponibilité des services ont été posées aux professionnels comporte un risque d'aboutir à des réponses qui tendent à être conformes aux normes et protocoles en santé, qui sont censés être appliqués dans les centres mais ne le sont pas en réalité. Malgré ces limites, nous nous proposons de faire une évaluation de la qualité des données quantitatives dont nous disposons pour cette étude.

II.4 L'évaluation de la qualité des données

Nous vérifions tout d'abord globalement la tendance de certaines informations selon nos trois sources de données. Ensuite, nous évaluons la fiabilité des déclarations des issues des grossesses et la qualité des déclarations des différents âges par les femmes de l'échantillon de l'EPAP.

- *Qualité globale*

Il ressort de la comparaison des caractéristiques des femmes de Lomé à l'enquête (tableau 2.3) que les âges moyen et médian sont un peu plus élevés dans l'EPAP que dans les EDS, en supposant ces trois enquêtes comparables. En revanche, la répartition des enquêtées selon les autres variables semble aller dans un même sens, d'après les trois sources.

Tableau 2.3 : Répartition (%) des enquêtées à Lomé selon certaines caractéristiques, d'après les trois sources de données

Variables Modalités	EDS 1988 (données pondérées)	EDS 1998 (données pondérées)	EPAP 2002 (données auto-pondérées)
Groupe d'âges (en années)			
15 - 19	24,9	22,7	19,9
20 - 24	21,9	21,4	20,3
25 - 29	20,4	16,6	19,2
30 - 34	13,6	15,3	14,6
35 - 39	9,3	11,0	13,0
40 - 44	5,2	7,4	7,3
45 - 49	4,7	5,6	5,7
Âge moyen (en années)	26,5	27,6	28,2
Âge médian (en années)	25	26	27
Niveau d'instruction			
Aucun niveau	35,6	25,3	22,5
Niveau primaire	39,1	38,7	38,8
Niveau secondaire et supérieur	25,3	36,0	38,7
Ethnie			
Adja-éwé	64,8	69,0	70,4
Kabyè-tem	12,3	12,7	12,6
Autres	22,9	18,3	17,0
Religion			
Aucune	8,7	6,9	7,4
Traditionnelle (animisme, vaudou)	15,6	8,2	6,7
Catholique	48,6	47,0	43,8
Protestante (presbytérienne, baptiste, méthodiste)	11,9	11,8	12,9
Islamique	9,5	8,2	8,5
Autres	5,7	17,9	20,7
Situation matrimoniale			
Célibataire	37,6	38,6	38,2
En union	56,1	51,7	54,0
Séparée, divorcée ou veuve	6,3	9,7	7,8
Cohabitation avec partenaire [a]			
Pas en union	---	48,3	46,0
Cohabite avec le partenaire	---	37,1	39,3
Ne cohabite pas avec le partenaire	---	14,6	14,7
Age à la première union (en années)	Moyen = 20,1 Médian = 19,4	Moyen = 20,9 Médian = 20,2	Moyen = 22,2 Médian = 21,5
Entrée en sexualité			
N'a jamais eu de rapports sexuels	12,4	11,9	11,6
A déjà eu des rapports sexuels	87,6	88,1	88,4
Age aux premiers rapports sexuels (en années)	Moyen = 16,9 Médian = 17,1	Moyen = 17,2 Médian = 17,4	Moyen = 17,5 Médian = 17,6
Pratique contraceptive à un moment quelconque			
N'a jamais eu de rapports sexuels	12,4	11,9	11,6
Aucune méthode	26,7	25,1	32,7
Contraception moderne	17,1	39,0	37,1
Autres méthodes	43,8	24,0	18,6
Pratique contraceptive actuelle			
N'a jamais eu de rapports sexuels	12,4	11,9	11,6
Aucune méthode	53,2	59,4	58,4
Contraception moderne	6,0	11,8	18,7
Autres méthodes	28,4	16,9	11,3
Connaissance contraceptive			
Aucune méthode	6,0	2,1	2,1
Contraception moderne	88,4	97,4	96,0
Autres méthodes	5,6	0,5	1,9
Indice synthétique de fécondité (15-49 ans)	4,4	2,9	2,85
Descendance finale (femme 40-49 ans) [b]	5,45	4,68	4,11
Effectif	750	1417	4755

Sources: EDST-I-1988, EDST-II-1998, EPAP-2002

Note : Les âges moyens ou médians à la première union et aux 1ers rapports sexuels sont obtenus à partir de l'analyse de survie. Puisque peu de jeunes ont été en union, l'âge moyen et l'âge médian à la première union sont calculés pour les femmes âgées de 25-49 ans.

[a] *La cohabitation avec le partenaire n'est pas disponible dans les données de l'EDST de 1988.*

[b] *Les descendances finales en 1988 et en 1998 sont extraites des rapports des EDS (Agounke et al., 1989; Anipah et al., 1999).*

Par exemple, l'ethnie « Adja-éwé » et la religion catholique sont toujours majoritaires. Comme on peut s'y attendre, l'indice synthétique de fécondité et la descendance finale des femmes âgées de 40-49 ans sont en baisse. Les âges moyen et médian à la première union ou à la première activité sexuelle semblent, par contre, augmenter d'une enquête à l'autre. Les proportions de femmes célibataires, et d'enquêtées ayant déjà eu des rapports sexuels sont presque du même ordre de grandeur. Les méthodes modernes de contraception sont généralement connues des enquêtées et sont de plus en plus utilisées, alors que les méthodes non modernes le sont de moins en moins. Les données de l'EPAP semblent ainsi révéler les tendances contenues dans la littérature.

- *Qualité de la déclaration des issues des grossesses*

La sous-déclaration des avortements est fréquemment signalée dans les enquêtes en « face à face » (Jones et Kost, 2007). Pour vérifier la qualité des déclarations, nous comparons le nombre de grossesses, de naissances vivantes, de mort-nés, de fausses couches, d'avortements provoqués et d'avortements thérapeutiques qui a été déclaré spontanément par les femmes et le nombre qui a été comptabilisé à partir de la liste des grossesses.

Les données présentées dans le tableau 2.4 révèlent que seule la répartition des femmes selon le nombre déclaré d'avortements thérapeutiques est identique à la répartition selon le nombre comptabilisé. De légères différences existent au niveau de la déclaration des autres issues et ne semblent pas être spécifiques à l'avortement provoqué. Toutefois, pour aucune des issues, ces différences ne concernent pas plus de 2,2 % des femmes ayant déjà été enceintes. Par exemple, environ 485 femmes ont déclaré avoir eu trois naissances vivantes, alors qu'en comptabilisant les grossesses qui ont abouti à une naissance vivante pour chaque femme, on obtient plutôt 481 femmes avec trois naissances. Par contre, 610 femmes ont déclaré avoir expérimenté une fausse couche, alors que les histoires génésiques suggèrent qu'elles étaient 617 femmes.

Tableau 2.4 : Répartition (effectifs) des enquêtées selon le nombre de grossesses ou des issues de grossesses déclaré et le nombre calculé à partir de leur histoire génésique

Nombre de	Grossesses		Naissances vivantes		Mort-nés		Fausses couches		Avortements provoqués		Avortements thérapeutiques	
	déclaré	calculé	déclaré	calculé	déclaré	calculé	déclaré	calculé	déclaré	calculé	déclaré	calculé
0			444	444	3019	3025	2377	2373	2177	2183	3201	3201
1	750	757	871	874	185	180	610	617	686	687	26	26
2	661	666	659	667	23	22	189	187	261	258	---	---
3	535	533	485	481	2	2	41	40	72	68	2	2
4	446	446	345	345	1	1	7	7	21	22	1	1
5	339	342	196	191			4	5	5	4		
6	230	223	124	123			2	1	4	5		
7	127	124	57	56					1	1		
8	68	68	28	29					2	1		
9	34	33	12	11					1	1		
10	22	21	2	2								
11	8	8	4	4								
12	3	2	2	2								
13	3	3	1	1								
14	4	4										
Jamais enceinte	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525
Total	4755	4755	4755	4755	4755	4755	4755	4755	4755	4755	4755	4755

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

Le graphique 2.1, qui représente les femmes pour lesquelles des différences sont observées, montre que la plupart ont tendance à sur-déclarer spontanément le nombre de grossesses, de naissances vivantes, de mort-nés ou d'avortements provoqués. On se retrouve ainsi dans l'historique avec moins d'événements (l'écart est principalement de un) que ce qui a été préalablement déclaré par les femmes. Précisément, 18 femmes ont déclaré un avortement provoqué de plus que le total comptabilisé. Peut-être que ces femmes ont consciemment omis, dans leur histoire génésique, une des grossesses qui avaient été interrompues. Elles ont aussi pu mal faire le cumul dans leur déclaration spontanée. En revanche, les fausses couches ont tendance à être plutôt sous-déclarées spontanément. Nous spéculons que les femmes ont peut-être parfois négligé d'un premier abord la fausse couche, qui peut raviver des souvenirs douloureux, mais en ont finalement parlé en dressant la liste complète de leurs grossesses.

Graphique 2.1 : Répartition (effectifs) des femmes selon l'écart entre le nombre déclaré spontanément et le nombre total qui a été calculé à partir de leur histoire génésique

Source : EPAP, URD-OMS, 2002
Note : Seules les femmes dont le nombre de grossesses ou des issues de grossesses déclaré diffère du nombre calculé à partir de leurs historiques de grossesses sont représentées sur ce graphique.

Une brève description des caractéristiques des femmes chez qui des différences de nombre de grossesses ou de nombre des issues des grossesses sont observées, révèle qu'elles sont principalement âgées de plus de 25 ans, sont mariées et ont au moins le niveau d'instruction primaire. Pour être proche de la réalité, nous décidons de considérer dans les analyses, les effectifs comptabilisés à partir du tableau de l'histoire génésique des femmes.

- *Qualité des déclarations d'âge*

Étant donné que l'âge à l'enquête, l'âge aux grossesses et l'âge au moment des avortements seront utilisés à plusieurs reprises dans cette thèse, nous vérifions le degré d'attraction des déclarations d'âges, à partir des indices de Whipple et de Myers dont le calcul est exposé dans l'encadré 3 de l'annexe 1. Les indices de Whipple sont théoriquement compris entre 0 et 5, la valeur 0 indiquant une répulsion totale pour les âges ronds (âges se terminant par 0 et 5). La valeur 1 indique une absence d'attraction, et, plus l'indice est proche de 5, plus l'attraction est forte (Gendreau, 1993). Les indices présentés dans le tableau 2.5 montrent

que les déclarations des âges à la grossesse et à l'issue de la grossesse ont une attraction presque négligeable, celle de l'âge à l'enquête a une faible attraction (1,18) aux âges ronds.

Tableau 2.5 : Indices de Whipple et de Myers

	Âge à l'enquête	Âge à la grossesse	Âge à l'issue de la grossesse
Indice de Whipple	1,18	1,02	1,02
Indice de Myers	16,88	11,70	12,48
Préférences ou aversions pour les âges se terminant par :			
0	1,09	2,08	2,28
1	-2,13	1,03	1,23
2	0,12	0,82	0,55
3	-1,23	0,28	0,86
4	-1,78	-0,58	-0,84
5	3,27	-0,17	-0,40
6	-0,19	-0,48	-0,45
7	1,72	0,23	-0,08
8	2,24	1,42	1,31
9	-3,11	-4,61	-4,46
Nombre total d'âges déclarés	4755	10 646	10 467

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

L'indice de Myers, quant à lui, mesure les préférences ou les répulsions pour chacun des 10 chiffres (0 à 9). Il est théoriquement compris entre 0 et 180, la valeur 0 indiquant l'absence d'attraction et de répulsion. Les indices calculés (tableau 2.5) traduisent l'existence de faibles attractions globales (Gendreau, 1993). En particulier, la déclaration de l'âge à l'enquête est principalement attirée par les âges se terminant par 5, alors que les âges à la grossesse et à l'issue de la grossesse ont tendance à se terminer par 0. En outre, des répulsions s'observent généralement pour tout âge se terminant par 9.

L'évaluation de la qualité des données de l'EPAP suggère donc que ces données semblent globalement être de qualité satisfaisante. De surcroit, elles disposent de plusieurs avantages.

II.5 Quelques avantages des données

Les données de l'EPAP sont riches et originales. Contrairement à des sources qui visent uniquement des femmes mariées (Elul, 2004) ou celles qui ont avorté (Oye-Adeniran *et al.*, 2004a), et dont les résultats ne peuvent être généralisés, l'EPAP a autant ciblé les femmes mariées que les non mariées, les femmes qui ont avorté que celles qui n'ont jamais avorté. Par ailleurs, des études ont ciblé des élèves et étudiants, ou consultantes de centres de PF

(Amegee, 1999), des jeunes (Calvès, 2002) ou des patientes de formations sanitaires (Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Guillaume, 2003; Leke, 1998). Cependant, l'EPAP a, en revanche, porté sur un échantillon représentatif de la population des femmes âgées de 15-49 ans. Elle a ainsi permis de résoudre d'éventuels problèmes de biais de sélection et de non-représentativité.

Les enquêtées étant âgées de 15-49 ans (nées entre 1952 et 1987), l'EPAP a alors ciblé des femmes qui ont pu commencer leur vie sexuelle et reproductive avant l'implantation des premiers centres de PF[16] et celles qui l'ont débuté après. La variable « génération » utilisée dans les articles pourrait distinguer ces femmes et prendre en compte cet élément.

Certaines recherches (Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Guillaume, 2003; Rossier *et al.*, 2007) ont étudié le fait d'« avoir avorté » en fonction des caractéristiques des femmes à l'enquête, posant ainsi un problème de causalité car l'avortement a eu lieu avant l'enquête. Un atout majeur des données de l'EPAP, comme dans certaines autres données (Ahiadeke, 2001; Calvès, 2002), est qu'elles permettent de remédier à ce problème, en collectant des caractéristiques au moment des grossesses afin de déterminer leur effet réel sur le recours à l'avortement.

Le volet qualitatif a enfin permis d'avoir le point de vue des professionnels de la santé. Ces derniers interviennent officiellement pour terminer des avortements incomplets, souvent débutés ailleurs, et sont aussi parfois de premiers fournisseurs des services d'avortements.

En définitif, l'EPAP se distingue des enquêtes existantes sur l'avortement car elle a combiné un volet quantitatif et qualitatif, a ciblé la population générale, a collecté une foule d'informations rétrospectives sur l'ensemble des avortements auxquels ont eu recours les femmes ainsi que les circonstances entourant ces avortements. Les chapitres qui suivent montrent les résultats de différentes analyses, réalisées à partir des trois sources de données.

---

[16] L'ATBEF, qui a débuté l'offre des services de PF à Lomé, a été crée en 1975.

Chapitre 3 - Recours à l'avortement à Lomé (Togo) : son évolution et son rôle dans la réduction de la fécondité potentielle

Afiwa N'BOUKE, Anne-Emmanuèle CALVÈS et Solène LARDOUX

Résumé

En combinant une méthode indirecte (résiduelle) et une méthode directe, cette étude estime l'ampleur du recours à l'avortement et son évolution à Lomé. Elle s'intéresse aussi aux changements intervenus dans la fréquence et le calendrier du recours à l'avortement, selon les générations. Elle détermine enfin le rôle de l'avortement dans la baisse de la fécondité à Lomé. L'étude utilise les données des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1988 et de 1998, et celles de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP) de 2002. Les résultats montrent que le recours à l'avortement est à la hausse dans la capitale togolaise. Le nombre d'avortements effectués par une femme est particulièrement important pour les jeunes générations, qui y ont recours de manière plus précoce et plus rapprochée que leurs aînées. Une partie de la régulation des naissances est ainsi assurée par l'avortement, qui entraîne une réduction de 10,6 à 12,6 % de la fécondité potentielle.

Introduction

En Afrique, le nombre d'avortements à risque a été estimé à 6,2 millions en 2008, et 29 000 femmes en sont décédées (World Health Organization, 2011). Se pratiquant généralement dans de mauvaises conditions et de façon illégale (Henshaw *et al.*, 1999a), ces avortements ont de lourdes conséquences sur la santé des femmes et constituent un problème majeur de santé publique, sexuelle et reproductive (Guillaume, 2004b; Olukoya, 2004).

Malgré ces indications, le recours à l'avortement demeure un phénomène difficile à quantifier et la mesure de son ampleur constitue un enjeu (Amegee, 1999). Les données sur les avortements sont, à cet effet, inexistantes dans plusieurs pays du monde (United Nations, 2007). Dans de nombreux pays africains, les statistiques sanitaires et hospitalières ne sont pas des sources d'informations viables car peu d'avortements se pratiquent dans le système officiel de santé. Lorsqu'elles existent, ces données sont incomplètes car la bonne tenue des registres n'est pas toujours assurée et les avortements sont souvent clandestins. L'ampleur de l'avortement peut, en revanche, être estimée sur la base de données d'enquêtes. Huit méthodes[17] (six indirectes et deux directes) permettent d'estimer cette ampleur avec des telles données (Dalla Zuanna, 2002; Rossier, 2003). Les méthodes directes consistent à interroger les femmes sur leurs avortements (Amétépé et Béguy, 2004; Bankole *et al.*, 1999; Calvès, 2002; Guillaume, 2003). Dans ce cas, les conditions de l'enquête et la façon de poser les questions influencent la qualité des données (Guillaume, 2004b; Hewett *et al.*, 2004b; Lara *et al.*, 2004; Mensch *et al.*, 2008; Zamudio *et al.*, 1999). En effet, les enquêtes en face à face sont souvent confrontées à une sous-déclaration des avortements, à cause de la sensibilité du sujet (Jones et Kost, 2007). Les méthodes indirectes, quant à elles, consistent soit à interroger de tierces personnes ou des praticiens d'avortements illégaux, soit à estimer l'avortement à partir d'autres phénomènes comme la mortalité maternelle, la fécondité ou les complications d'avortement. Compte tenu des

[17] Les six méthodes indirectes sont : estimations d'experts, statistiques sur les complications, statistiques sur la mortalité maternelle, méthode résiduelle, méthode des confidentes et enquêtes auprès des praticiens des avortements. Les deux méthodes directes font référence aux données sur les avortements fournies par les enquêtes rétrospectives et prospectives auprès des populations.

limites des différentes méthodes d'estimation des taux d'avortement, une confrontation des résultats de plusieurs méthodes est encouragée (Dalla Zuanna, 2002; Rossier, 2003).

À Lomé, les résultats de recherches passées suggèrent que le recul de l'âge au mariage et la hausse de la prévalence contraceptive moderne jouent un rôle dans la réduction du nombre d'enfants, tout comme l'avortement (Amegee *et al.*, 2001; Vignikin et Adjiwanou, 2004). Amétépé et Béguy (2004) montrent ainsi que 7 % des femmes utilisent exclusivement l'avortement comme moyen de régulation des naissances, et 25 % l'utilisent conjointement avec des méthodes contraceptives suite à leur échec. Leur étude montre aussi que les jeunes générations, plus exposées au risque de grossesse prénuptiale, ont très fréquemment recours à l'avortement malgré l'existence d'une loi restrictive (Amétépé et Béguy, 2004).

La présente étude se base sur les données des Enquêtes démographiques et de santé de 1988 et de 1998, et sur celles de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué de 2002 afin d'estimer l'ampleur du recours à l'avortement et son évolution à Lomé. Pour cela, nous combinons une méthode indirecte, la méthode résiduelle (Johnston et Hill, 1996) basée sur le modèle de fécondité de Bongaarts, et une méthode directe. L'étude vise aussi à mieux comprendre la finalité du recours à l'avortement, selon qu'il est utilisé pour retarder l'entrée en vie féconde, espacer ou limiter les naissances. Nous nous intéressons alors aux changements intervenus dans la fréquence et le calendrier du recours à l'avortement, selon les générations. Enfin, nous estimons l'impact effectif de l'avortement sur la fécondité.

I. Recours à l'avortement en Afrique subsaharienne et son évolution

L'avortement constitue un moyen de réguler la fécondité et de mettre fin aux grossesses non désirées. En Afrique, les femmes avortent pour retarder la naissance d'un premier enfant, espacer les naissances ou éviter des enfants supplémentaires (Guillaume, 2004b), généralement à cause de la détérioration des conditions de vie ou de l'aspiration à une famille restreinte (Bankole *et al.*, 1999). Des grossesses non désirées, pouvant être liées à la modification de pratiques postpartum, à la faible pratique contraceptive et à l'augmentation des activités sexuelles prénuptiales (Mensch *et al.*, 2006), sont souvent interrompues par

des avortements. De plus, les femmes des jeunes générations, particulièrement exposées au risque de grossesses prénuptiales non désirées, avortent en début de vie féconde (Desgrees Du Loû *et al.*, 1999). Ces recours à l'avortement entraînent une réduction du nombre de naissances. En effet, selon une étude basée sur les données de l'enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué à Lomé (Vignikin et Adjiwanou, 2004), les femmes âgées de plus de 25 ans et qui ont avorté avant 25 ans ont plus de chance que celles qui n'ont jamais avorté, d'avoir une descendance à 25 ans qui est inférieure à 2 enfants.

Généralement, le recours à l'avortement connaît une hausse en début de transition de la fécondité, puis baisse à travers le temps (Rossier, 2005). On note alors que les taux d'avortement peuvent être élevés dans la majorité des villes africaines où la fécondité baisse. Des changements socio-économiques tels que l'urbanisation, la scolarisation, l'autonomie croissante des femmes, le désir de descendance de « qualité » (changement de la valeur de l'enfant), le développement de l'individualisme (Vignikin *et al.*, 2005) et la crise sociopolitique et économique conduisent à une moindre demande d'enfants, sans pour autant être accompagnés d'une forte prévalence contraceptive (Antoine et Beguy, 2005; Rossier *et al.*, 2006). De plus, la stigmatisation des grossesses prénuptiales, hors mariage, rapprochées et chez les femmes jugées « trop âgées » conduit les femmes à se tourner vers l'avortement (Ouédraogo et Pictet, 2001), pour ne pas être mal perçues par leur entourage, pour éviter un scandale ou la honte à leur famille, et par crainte d'un rejet social (Guillaume, 2004b).

L'augmentation des avortements se manifesterait par une pratique plus fréquente parmi les jeunes générations (Guillaume, 2004b). Les jeunes femmes, notamment célibataires, ayant un accès limité aux services de santé reproductive et sexuelle à cause de la réprobation sociale de la sexualité hors union (Silberschmidt et Rasch, 2001), sont exposées à un risque élevé de grossesses non désirées et d'avortements à risque (Calvès, 2002). Dans un contexte tel que l'Afrique de l'ouest, où les grossesses prénuptiales sont souvent considérées comme « honteuses » (Rossier *et al.*, 2006), l'avortement s'avère être, pour certains jeunes, la réponse la plus probable aux grossesses prénuptiales non prévues. Ces avortements, souvent pratiqués dans des conditions peu sécuritaires, peuvent entraîner des conséquences très néfastes telles que : des fausses couches, infertilités secondaires,

hémorragies, douleurs abdominales, infections, perforations utérines ou décès (Amegee, 1999; Calvès, 2002; Hord *et al.*, 2006; Oye-Adeniran *et al.*, 2005; Singh *et al.*, 2009).

Au Togo, le recours à l'avortement est considéré, officiellement et socialement, comme un « acte criminel » (Kouwonou, 1999). Jusqu'à récemment, la loi française de 1920 prévalait au Togo. Elle autorisait l'avortement seulement si la vie de la femme était en danger. Malgré l'adoption d'une nouvelle loi sur la santé de la reproduction en décembre 2006, qui abroge la loi de 1920, l'accès à l'avortement demeure très restrictif[18]. Toutefois, bien que peu de données soient disponibles pour étudier l'avortement dans la capitale, une étude effectuée en 2000 a révélé que 28 % des femmes de 15-49 ans, résidant à Lomé et ayant été enceintes au moins une fois, ont déjà eu recours à un avortement (URD et DGSCN, 2001). L'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué, effectuée à Lomé en 2002, a révélé que 33 % des femmes âgées de 15-49 ans et 39 % des femmes de 15-24 ans, qui ont été enceintes au moins une fois, ont déclaré avoir déjà eu recours à un avortement (Amétépé et Béguy, 2004; Gbétoglo et Boukpéssi, 2004). Ces prévalences suggèrent un recours plus fréquent à l'avortement chez les jeunes comparativement à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer. Environ 27 % des femmes de 15-49 ans venues en consultation dans deux centres de planification familiale (PF) à Lomé en 1995 et 24 % des femmes de 15-47 ans ayant consulté dans trois centres de PF en 1998 ont déclaré avoir déjà eu recours à un avortement (Amegee, 1999). Bien que fournissant des indications sur la prévalence du recours à l'avortement à Lomé, ces statistiques ne permettent pas d'établir son évolution car les sources et les groupes d'âges ciblés diffèrent d'une enquête à l'autre. Aussi, les taux et le nombre moyen d'avortements par femme, qui tiennent compte de la durée d'exposition au risque d'avorter, semblent être des indicateurs plus appropriés que les pourcentages de femmes ayant déjà avorté (Rossier, 2009).

Dans la présente recherche, nous étudions l'évolution du recours à l'avortement à Lomé en combinant deux méthodes. Nous testons quatre hypothèses. La première suppose que le

---

[18] La nouvelle loi sur la santé de la reproduction a été adoptée par les parlementaires togolais en décembre 2006 et promulguée en janvier 2007 par le président de la République. Elle autorise l'avortement sur prescription d'un médecin et en cas de grossesse issue de viol, d'inceste, mettant en danger la vie et la santé de la femme, ou lorsqu'il existe un haut risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection grave.

recours à l'avortement s'est accru à Lomé, toutes générations confondues. La deuxième hypothèse est que les jeunes générations ont, au même âge, plus fréquemment recours à l'avortement que les plus anciennes. Cette hausse du recours à l'avortement selon les générations traduit un recours précoce et/ou un intervalle entre avortements plus réduit au sein des jeunes générations. L'avortement intervenant à différents moments de la vie des femmes, nous testons comme troisième hypothèse le fait que les jeunes générations utilisent l'avortement pour retarder la première naissance, et que les plus anciennes générations l'utilisent pour espacer ou limiter les naissances. Enfin, nous présumons que l'avortement réduit de façon non négligeable la fécondité potentielle à Lomé.

II. Données, variables et méthodes

II.1 Sources de données

Trois sources de données sont considérées dans cette étude : les Enquêtes démographiques et de santé du Togo (EDST) de 1988 et de 1998, et l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP) à Lomé de 2002. Durant les EDST, des informations sur la fécondité, histoires matrimoniale et contraceptive, et comportements postpartum ont été collectées par la passation des questionnaires individuels auprès de femmes âgées de 15-49 ans. Au total, 750 femmes ont été interrogées à Lomé en 1988 et 1417 en 1998[19]. Ces sources n'incluent pas des données sur l'avortement, mais elles permettent d'estimer de façon indirecte son ampleur et son évolution car elles peuvent être comparées.

L'EPAP est une enquête rétrospective qui a été organisée conjointement par l'Unité de recherche démographique (URD) de l'Université de Lomé et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle avait pour objectif général de mesurer l'impact de l'avortement sur les niveaux de fécondité enregistrés à Lomé, d'étudier les conditions et les circonstances du recours à l'avortement ainsi que les raisons qui poussent les femmes à avorter (URD et OMS, 2002a). Pour essayer de pallier la sensibilité du sujet et la méthodologie en « face à face » utilisée, les enquêtrices ont été formées de manière à établir un rapport de confiance avec l'enquêtée, ont veillé à être seules avec elle, à mettre l'accent sur le caractère

---

[19] La principale limite qui touche à l'utilisation du sous-échantillon de Lomé est sa non-représentativité, car la représentativité de l'échantillon a été plutôt assurée au niveau national.

confidentiel des réponses et à être neutres pendant l'entrevue. Le volet quantitatif de l'enquête, qui est utilisé dans la présente étude, a été réalisé de juillet à août 2002 à Lomé et dans sa banlieue auprès d'un échantillon auto-pondéré et représentatif de 4755 femmes âgées de 15-49 ans. L'EPAP a ciblé la population générale féminine et renseigne sur les caractéristiques sociodémographiques, la connaissance et la pratique contraceptive des femmes à l'enquête. L'historique de toutes les grossesses des femmes ainsi que leurs issues ont été collectées, et nous disposons du nombre, du rang et de la date des avortements. L'enquête étant rétrospective, certains détails ou dates ont pu être oubliés. Parmi les 3230 enquêtées qui ont été enceintes au moins une fois, environ 32,4 % ont déclaré avoir déjà avorté, et 34,4 % de celles qui ont avorté ont eu des avortements répétés. Nous recensons un total de 10 646 grossesses dont 1569 (15 %) ont été interrompues par un avortement.

II.2 Indicateurs

Pour estimer l'ampleur du recours à l'avortement à Lomé et son évolution, nous calculons indirectement et directement des *taux annuels* qui représentent le nombre d'avortements pour 1000 femmes de 15-44 ans par an, et des *indices synthétiques d'avortement* qui correspondent au nombre moyen d'avortements qu'aurait une femme au cours de sa vie féconde aux taux actuels par âge. Pour l'analyse par génération, nous comparons le *pourcentage de femmes qui, à âge égal, ont eu un avortement* et le *nombre moyen d'avortements à différents âges*, pour les générations de femmes âgées de 15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans et 45-49 ans au moment de l'enquête. Le *pourcentage de femmes ayant avorté leurs premières grossesses* et le *pourcentage de femmes qui ont avorté après avoir eu des naissances vivantes* sont utilisés dans une analyse de séquence afin d'établir le moment où l'avortement intervient dans l'histoire génésique. Enfin, nous utilisons le *pourcentage de réduction de la fécondité potentielle induit par l'avortement* pour mesurer l'impact effectif de l'avortement sur la fécondité.

II.3 Méthodes et variables

- *Estimation indirecte des taux et indices synthétiques d'avortement*

Nous appliquons la méthode résiduelle aux données des EDST afin de dresser un portrait de l'évolution des taux annuels et des indices synthétiques d'avortement entre 1988 et 1998.

Cette méthode est basée sur le modèle des déterminants proches de la fécondité (Bongaarts, 1982; Johnston et Hill, 1996). D'après ce modèle, sept variables, dont trois ayant des effets peu variables, sont considérées comme intermédiaires dans l'influence des variables socio-économiques, culturelles et biologiques sur la fécondité. En excluant les trois variables mineures, le modèle s'écrit comme suit :

$$ISF = TF \times C_m \times C_c \times C_a \times C_i \qquad (1)$$

avec ISF = indice synthétique de fécondité ;

TF = taux de fécondité biologique, niveau maximal supposé à 15,3 enfants/femme ;

C_m, C_c, C_a et C_i sont respectivement l'indice du mariage, l'indice de la contraception, l'indice de l'avortement provoqué et l'indice de non-susceptibilité postpartum. Ces indices mesurent les effets réducteurs des principaux déterminants proches sur la fécondité potentielle. Ils représentent les naissances qui peuvent être évitées au cours de la vie féconde d'une femme par le recul d'entrée en union, l'utilisation de la contraception ou de l'avortement, et par des comportements postpartum. Les éléments du modèle peuvent être calculés avec des formules présentées dans le tableau de l'annexe 1 de ce chapitre, à l'exception du C_a qui sera déduit des autres indices de façon résiduelle comme suit :

$$C_a = ISF / (TF \times C_m \times C_c \times C_i) \qquad (2)$$

Les déterminants mineurs, que sont la fécondabilité, la mortalité intra-utérine et la stérilité, ne sont pas pris en compte car ils ne semblent pas affecter significativement l'estimation résiduelle de l'avortement (Johnston, 1999). Une fois que l'indice C_a est calculé, *l'indice synthétique d'avortement* (ISA) est obtenu à l'aide de l'expression (Johnston, 1999: p.143) :

$$ISA = \left[\left(ISF / C_a \right) - ISF \right] / 0,4 \times (1 + \mu) \qquad (3)$$

μ étant la prévalence contraceptive.

Enfin, le *taux annuel d'avortement* est estimé à partir de la formule :

Taux (pour 1000 femmes) = $1000 \times ISA / 30$ $\quad (4)$;

30 représentant la durée moyenne en années d'une vie féconde (entre 15 et 44 ans).

Cette façon résiduelle d'estimer l'ampleur de l'avortement présente des limites. En effet, une erreur de mesure ou l'inexactitude de l'un des trois principaux déterminants proches pris en compte peut biaiser les résultats car le terme d'erreur du modèle pourra être contenu dans l'estimation de l'avortement. Cette méthode est ainsi sensible à d'éventuelles erreurs dans les données permettant le calcul de c_m, c_c et de c_i. Une étude, visant la comparaison des estimations directes et indirectes des avortements provoqués au Matlab (Bangladesh), présente de façon détaillée les limites de la méthode résiduelle (Johnston, 1999). Parmi ces limites, figure le fait que la méthode soit sensible à la valeur 15,3 enfants/femme, présumée correspondre à la fécondité totale biologique. Enfin, si c_a est biaisé, l'indice synthétique et le taux annuel seront également biaisés. Toutefois, la méthode résiduelle est adaptée à des comparaisons entre groupes ou d'une année à l'autre, en supposant les biais constants dans le temps et dans l'espace (Rossier, 2003).

Les variables nécessaires au calcul indirect des taux et indices synthétiques d'avortements sont : les taux de fécondité par groupe d'âges au moment des naissances, la proportion de femmes ayant déjà été mariées par groupe d'âges, la prévalence contraceptive par méthode au sein des femmes sexuellement actives (ayant eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête), les taux d'efficacité des méthodes contraceptives et la durée moyenne de non-susceptibilité postpartum (état d'abstinence ou d'aménorrhée au moment de l'enquête). A l'exception des taux d'efficacité, ces variables peuvent être obtenues avec les données des EDST. Pour pallier l'absence des taux d'efficacité, Bongaarts (1982) a proposé une table de valeurs, standard pour les pays en développement, qui distingue trois méthodes modernes de contraception (pilule, stérilet et stérilisation), des autres méthodes. Jolly et ses collègues (1996) ont utilisé une table améliorée qui, en plus d'isoler les trois méthodes précédentes, distingue les autres méthodes modernes des méthodes traditionnelles. Nous retenons les taux standards, plus détaillés selon les méthodes, qui ont été utilisés dans une étude sur des pays africains (Johnston et Hill, 1996).

- *Estimation directe des taux et indices synthétiques d'avortement*

Le reste des analyses se base sur les données de l'EPAP de 2002. Nous estimons de manière directe le taux annuel, les taux par âge et l'indice synthétique d'avortement. Ces

indicateurs transversaux sont calculés pour les périodes quinquennales de 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans précédant l'enquête ; celles-ci correspondent respectivement aux périodes 1997-2002, 1992-1997 et 1987-1992. Une limite de cette approche directe est qu'elle sous-estime les taux à cause d'une éventuelle sous-déclaration ou omission des avortements, en particulier ceux des femmes qui ont su bien les dissimuler. Il peut aussi y avoir un biais de sélection lié à l'absence des femmes décédées des suites de complications d'avortement.

- *Changements dans le recours à l'avortement, selon les générations*

Puisque les indicateurs du moment sont sensibles à la structure par âge (Mensch *et al.*, 2006), nous menons des analyses par génération, en supposant que les dates des avortements sont correctes et qu'il n'y a pas eu de sélection particulière de la mortalité et de la migration au sein des générations. Les générations 15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans et 45-49 ans sont considérées. L'analyse de survie[20], qui tient compte de la durée d'exposition au risque et fournit des tables de survie (Singer et Willett, 2003: p.326-329), permet d'obtenir le pourcentage de femmes qui ont déjà avorté à 15, 20, 25, 30 et 35 ans[21]. Ces pourcentages sont calculés pour l'ensemble des femmes et par génération afin d'observer les changements dans le calendrier du premier avortement. Les femmes réellement à risque d'avoir un premier avortement sont celles qui ont été enceintes au moins une fois (ayant avorté ou non) ; celles qui n'ont eu recours à aucun avortement jusqu'au moment de l'enquête sont dites « tronquées » dans les analyses.

Nous calculons par la suite les nombres moyens d'avortements atteints à 15, 20, 25, 30 et 35 ans pour toutes les générations, en rapportant les nombres d'avortements qui ont eu lieu au sein d'une génération de femmes avant ces âges, sur les effectifs de la génération.

- *Séquence des issues des grossesses*

Afin de mieux comprendre l'utilisation qui est faite par les femmes de l'avortement, nous menons une analyse de séquence des issues des grossesses. L'analyse des séquences est souvent utilisée en biologie pour étudier les séquences des ADN, et de plus en plus en

---

[20] Nous utilisons précisément la méthode d'estimation actuarielle qui suppose que les événements ont lieu uniformément dans des intervalles de temps fixés (temps discret). Ici, l'événement est l'avortement.
[21] Dans notre échantillon, 95 % des avortements ont eu lieu avant 35 ans.

sciences sociales pour étudier les parcours de vie, les histoires matrimoniales ou les profils d'emploi. La séquence se définit comme la liste ordonnée d'éléments (Brzinsky-Fay *et al.*, 2006) ; l'élément représentant dans cette étude l'issue d'une grossesse. Une femme ayant eu 4 grossesses peut, par exemple, avoir une séquence : F-N-A-N (fausse couche, naissance, avortement et naissance). L'analyse fournit la fréquence des séquences, soit le pourcentage de femmes dont les grossesses forment une séquence donnée, ainsi que des graphiques appelés « tapis » (*sequence index plots*) qui représentent chaque séquence par une ligne ayant des couleurs différentes selon les issues des grossesses. On peut ainsi calculer les pourcentages de femmes qui ont commencé leur vie féconde par un avortement et ceux des femmes qui ont avorté après avoir eu au moins une naissance.

Afin de vérifier si l'avortement est utilisé différemment selon les générations de femmes, nous comparons les tapis obtenus pour les générations de femmes âgées de 15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans et 45-49 ans.

- *Impact de l'avortement sur la fécondité potentielle*

Un avortement n'évite pas une naissance. Le nombre d'avortements nécessaires pour éviter une naissance dépend du délai moyen de conception, de la durée de gestation et du temps mort postpartum. Il est obtenu à partir d'une formule proposée par Leridon (2002) :

$$N = \frac{\left[\left(\frac{1}{p(1-E)}\right) + G_m + T_m\right]}{\left[\left(\frac{1}{p(1-E)}\right) + G_a + T_a\right]} \qquad (5)$$

avec $1/p$ = délai moyen de conception, équivaut à 4 mois en l'absence de contraception ;
E = efficacité moyenne de contraception, égale à la moyenne pondérée des taux d'efficacité par méthode, les pondérations étant les proportions de femmes sexuellement actives qui utilisent les contraceptions ;
G_m = durée de gestation, équivaut à 9 mois ;
T_m = temps mort postpartum, égal à la durée moyenne de non-susceptibilité postpartum ;
G_a = durée de gestation en cas d'avortement, équivaut à 3 mois ;
T_a = temps mort post-avortement, équivaut à 1 mois.

Par la suite, nous calculons l'indice d'avortement de Bongaarts (1982) qui mesure l'effet inhibiteur de l'avortement sur la fécondité potentielle. L'indice se situant entre 0 et 1, la réduction de la fécondité attribuée à l'avortement représente le complément à 1 de l'indice. Ainsi, la valeur 0 indique que l'avortement réduit complètement la fécondité et la valeur 1 indique que l'avortement n'a aucun effet sur la fécondité. L'indice est calculé à partir de :

$$C_a = [ISF]/ISF + 0,4 \times (1+\mu) \times ISA \qquad (6)$$

avec ISF = indice synthétique de fécondité ;

μ = prévalence contraceptive ; et

ISA = indice synthétique d'avortement obtenu à partir des données de l'EPAP.

L'effet absolu de l'avortement sur la fécondité (Frejka, 1985) est ainsi la différence entre la fécondité en l'absence de l'avortement ($ISF = TF \times C_m \times C_c \times C_i$) et la fécondité en sa présence ($ISF = TF \times C_m \times C_c \times C_a \times C_i$). Le nombre d'avortements nécessaires pour éviter une naissance et l'indice d'avortement permettront de déterminer le pourcentage de réduction de la fécondité potentielle induit par l'avortement en 2002.

Toutefois, d'éventuelles limites pourraient provenir de l'utilisation de l'indicateur « nombre d'avortements nécessaires pour éviter une naissance ». En effet, les femmes qui ont eu des conséquences sanitaires graves pourraient souffrir d'une infertilité subséquente ou même décédées des suites d'un avortement à risque. Une difficulté à concevoir de nouveau pourrait découler des avortements clandestins, et augmenter le délai de conception ou retarder l'arrivée du premier enfant. En conséquence, la réduction des naissances induite par l'avortement pourrait être plus importante dans la réalité.

III. Résultats

III.1 Des taux et indices synthétiques d'avortement à la hausse

Le tableau 3.1 présente des estimations indirectes de l'ampleur du recours à l'avortement, qui sont basées sur les données des EDST. Comme le montre les données de ce tableau, l'indice synthétique d'avortement augmente entre 1988 et 1998. En effet, les femmes âgées de 15-44 ans ont eu en moyenne 0,37 avortement au cours de leur vie en 1988, contre 1,87

en 1998. Bien que les données des EDST et celles de l'EPAP ne soient pas totalement comparables, l'indice obtenu pour 1998 est proche de celui qui est calculé indirectement avec les données de l'EPAP-2002, soit 1,7 avortement par femme.

Tableau 3.1 : Indicateurs d'avortement estimés indirectement par la méthode résiduelle

Indices et taux	Lomé-1988	Lomé-1998
Indice de mariage C_m	0,65	0,57
Indice de contraception C_c	0,75	0,76
Indice de non-susceptibilité postpartum C_i	0,61	0,59
Taux de fécondité biologique TF	15,3	15,3
Indice synthétique de fécondité ISF	4,4	2,9
Indice de l'avortement provoqué C_a	0,95	0,74
Indice synthétique d'avortement ISA (par femme)	**0,37**	**1,87**
Taux annuel d'avortement (en $^0/_{00}$)	**12,22**	**62,17**

Sources : EDST-1988, EDST-1998

Les taux annuels d'avortement, présentés sur la dernière ligne du tableau 3.1, vont dans le même sens. Ils passent de 12,2 $^0/_{00}$ à 62,2 $^0/_{00}$ entre 1988 et 1998. L'estimation indirecte révèle ainsi une forte augmentation du recours à l'avortement entre 1988 et 1998 à Lomé.

Le tableau 3.2 présente les taux annuels, taux par âge et indices synthétiques d'avortement de 1987 à 2002. Selon l'estimation directe, menée à partir des données de l'EPAP, le taux annuel d'avortement s'élève à 25,9 $^0/_{00}$ chez les femmes âgées de 15-44 ans au cours de la période 1997-2002. Ce résultat est proche du taux d'avortement moyen estimé pour l'Afrique en 2003, soit 29 pour mille femmes âgées de 15-44 ans (Guttmacher Institute et WHO, 2007). Cependant, il correspond à presque la moitié du taux obtenu indirectement en 2002 (56 $^0/_{00}$), et presqu'au tiers de l'estimation indirecte de 1998 (62 $^0/_{00}$). Tout comme pour les taux annuels d'avortement, l'estimation indirecte fournit en général des indices synthétiques qui sont plus élevés que ceux obtenus avec l'estimation directe. Johnston (1999) a autant trouvé, dans son étude portant sur le Bangladesh, des indices synthétiques d'avortement 2 à 4 fois plus élevés dans les estimations indirectes avec les données de l'EDS du Matlab de 1994 que dans l'estimation directe avec les données de l'AFS (Abortion frequency survey) au Matlab de 1996-97. Ces différences seraient principalement liées aux limites de la méthode résiduelle. En effet, cette méthode devrait fournir théoriquement des résultats exacts, mais une mauvaise mesure de l'un des déterminants proches entraînerait une mauvaise estimation du recours à l'avortement (Johnston, 1999).

Une autre explication pourrait être la sous-déclaration des avortements, dans l'estimation directe, due aux enquêtes en face à face utilisées (Jones et Kost, 2007).

Tableau 3.2 : Taux annuel d'avortement (en $^{0}/_{00}$), taux d'avortement par groupe d'âges (en $^{0}/_{00}$) et indice synthétique d'avortement (par femme) selon la période considérée

Groupe d'âges à l'avortement (en années)	1987-1992	1992-1997	1997-2002
Taux annuel d'avortement			
15-34	25,3	28,1	29,6
15-39	----	26,4	27,7
15-44	----	----	**25,9**
Taux d'avortement par âge			
15-19	24	25	28
20-24	**33**	**42**	**44**
25-29	22	25	26
30-34	19	15	16
35-39	23	10	15
40-44	----	4	5
45-49	----	----	0
Indice synthétique d'avortement			
15-34	0,49	0,53	0,57
15-39	0,60	0,59	0,64
15-44	----	0,61	**0,66**

Source : EPAP, URD-OMS, 2002
Note : Les taux à 45-49 ans, à 40-44 ans et à 35-39 ans respectivement pour les périodes 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ces groupes d'âges.

Les estimations directes montrent que le taux annuel chez les femmes âgées de 15-39 ans passe de 26,4 $^{0}/_{00}$ au cours de la période 1992-1997 à 27,7 $^{0}/_{00}$ au cours de la période 1997-2002. Nous obtenons aussi des taux de 25,3 $^{0}/_{00}$, 28,1 $^{0}/_{00}$ et 29,6 $^{0}/_{00}$ chez les femmes âgées de 15-34 ans, respectivement pour les périodes 1987-1992, 1992-1997 et 1997-2002. Les taux annuels sont donc en augmentation au cours des 3 périodes quinquennales précédant l'enquête. Cette tendance à la hausse se confirme avec l'évolution de l'indice synthétique d'avortement (ISA) au cours des 3 périodes (tableau 3.2). L'ISA serait de 0,66 chez les femmes de 15-44 ans au cours de la période 1997-2002, alors qu'il n'était que de 0,61 au cours de la période 1992-1997.

Bien que les résultats révèlent des taux d'avortement assez différents selon la méthode, la tendance générale du recours à l'avortement semble être à la hausse. Cette hausse cache une variabilité des taux par groupe d'âges. Confirmant les résultats d'études précédentes (Shah et Ahman, 2004), l'analyse montre que le groupe d'âges 20-24 ans connaît les taux

les plus élevés (tableau 3.2). De plus, les taux par âge augmentent au cours des 3 périodes quinquennales pour les groupes d'âges 15-19 ans, 20-24 ans et 25-29 ans. Cette augmentation s'observe aussi pour les trois autres groupes d'âges au cours des deux périodes plus récentes. En revanche, les pratiques étaient particulièrement importantes dans les groupes d'âges 30-34 ans et 35-39 ans au cours de la période 1987-1992. Cette période coïncide, en effet, avec le début de la crise sociopolitique qu'a connue le Togo dès les années 1990, une crise qui a fragilisé l'économie nationale et qui aurait pu motiver les couples à restreindre leur famille.

III.2 Un recours précoce à l'avortement et un intervalle réduit entre avortements

- *Calendrier du premier avortement*

Les données du tableau 3.3 montrent le pourcentage de femmes qui, à 15 ans, 20 ans, 25 ans, 30 ans et 35 ans, ont déjà eu recours à un avortement parmi les femmes ayant été enceintes au moins une fois. Environ 14 % de l'ensemble des femmes de notre échantillon qui ont déjà été enceintes ont eu un premier avortement avant 20 ans et presque 36 % l'ont eu avant 35 ans. Les résultats suggèrent une précocité croissante du recours au premier avortement : le pourcentage de femmes qui ont déjà avorté au même âge, augmente au fur et à mesure que la génération rajeunit. À 20 ans, seulement 4,1 % des femmes âgées de 45-49 ans ont déjà eu recours à un avortement, alors que ce pourcentage est de 14,7 % au sein de la génération 25-29 ans et de 21,8 % chez les femmes âgées de 20-24 ans.

Tableau 3.3 : Calendrier du premier avortement selon les générations

% de femmes ayant eu recours à un premier avortement avant	Ensemble	G 45-49	G 40-44	G 35-39	G 30-34	G 25-29	G 20-24	G 15-19
15 ans	0,6	0	0	0,2	0,5	0,9	0,4	4,2
20 ans	13,5	4,1	5,3	10,2	10,5	14,7	21,8	(55,5)
25 ans	26,2	8,9	14,0	19,5	21,0	32,8	(42,5)	----
30 ans	31,8	12,2	19,9	25,0	28,9	(38,0)	----	----
35 ans	35,5	16,2	24,9	28,9	(33)	----	----	----
Effectifs des femmes ayant eu un 1er avortement	*1047*	*55*	*93*	*185*	*198*	*269*	*195*	*52*
Effectifs de femmes à risque (ayant été enceintes une fois)	*3230*	*271*	*342*	*599*	*639*	*741*	*518*	*120*

Source : EPAP, URD-OMS, 2002
Note : La différence entre les générations a été testée avec le "Log-Rank test", Pr>chi2 = 0.0000
Les pourcentages entre parenthèses sont calculés à partir de données incomplètes.

De même, à 35 ans, respectivement 16 %, 25 % et 29 % des femmes ayant été enceintes dans les générations 45-49 ans, 40-44 ans et 35-39 ans ont déjà eu recours à un avortement.

Le risque de recourir à un premier avortement est ainsi plus élevé chez les jeunes que chez les femmes plus âgées, ce qui pourrait contribuer à la hausse du recours à l'avortement.

- *Nombre moyen d'avortements à chaque âge selon les générations*

Tout comme le pourcentage de femmes ayant avorté, le nombre moyen d'avortements par femme avant 20 ans augmente au fur et à mesure que la génération rajeunit (graphique 3.1). Il en est de même pour le nombre moyen d'avortements avant 25, 30 et 35 ans.

Graphique 3.1 : Nombre moyen d'avortements avant 20, 25, 30 et 35 ans, par génération

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

Le nombre moyen d'avortements avant 25 ans n'était que de 0,11 avortement au sein de la génération des femmes âgées de 45-49 ans à l'enquête, alors qu'il équivalait respectivement à 0,19 ; 0,26 ; 0,29 et 0,36 au sein des générations 40-44 ans, 35-39 ans, 30-34 ans et 25-29 ans. Les femmes de la génération 45-49 ans, qui sont à la fin de leur vie féconde, ont eu en moyenne 0,23 avortement avant 35 ans. Cependant, les femmes âgées de 25-29 ans à l'enquête ont déjà eu recours à 0,36 avortement avant 25 ans. Ces résultats suggèrent que le recours à l'avortement est de plus en plus fréquent chez les jeunes, et que les jeunes

générations auront certainement un nombre moyen d'avortements bien plus élevé à la fin de leur vie féconde que les plus anciennes générations.

III.3 Un recours en début de vie féconde, pour retarder la première naissance

- *Des ratios d'avortement élevés en début de vie féconde*

En représentant le rapport entre le nombre d'avortements et celui des naissances vivantes par groupe d'âges, soit le ratio d'avortement, le graphique 3.2 montre des ratios plus élevés aux jeunes âges. Respectivement 67 et 36 avortements ont été réalisés pour 100 naissances par les femmes âgées de 15-19 ans et de 20-24 ans, au cours de la période 1997-2002.

Graphique 3.2 : Ratio d'avortement par groupe d'âges selon les périodes quinquennales précédant l'enquête

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

Cette importance de l'avortement par rapport aux naissances avant 25 ans suggère une utilisation de l'avortement comme moyen d'éviter des naissances en début de vie féconde. De plus, les ratios ont augmenté, pour les groupes d'âges plus jeunes (15-19 ans, 20-24 ans et 25-29 ans), au cours des trois périodes quinquennales précédant l'enquête, mais ils varient peu en dehors de ces âges.

- *Un recours à l'avortement dès les premières grossesses*

Les femmes utilisent l'avortement pour diverses raisons, selon le moment où la grossesse intervient dans leur vie. L'analyse de séquence des issues des grossesses des femmes confirme que plusieurs avortements interviennent en début de vie féconde, plus précisément avant une première naissance vivante, alors que d'autres interviennent vers le milieu ou la fin de la vie féconde, après une ou plusieurs naissances. La majorité (65,1 %) des femmes de Lomé qui ont déjà avorté l'ont généralement fait pour retarder la première naissance, alors que 41,3 % ont avorté afin d'espacer ou de limiter les naissances. Certaines femmes font un double usage de l'avortement, à la fois lors des premières grossesses qu'après avoir eu des naissances. Toutefois, l'utilisation de l'avortement varie selon les générations.

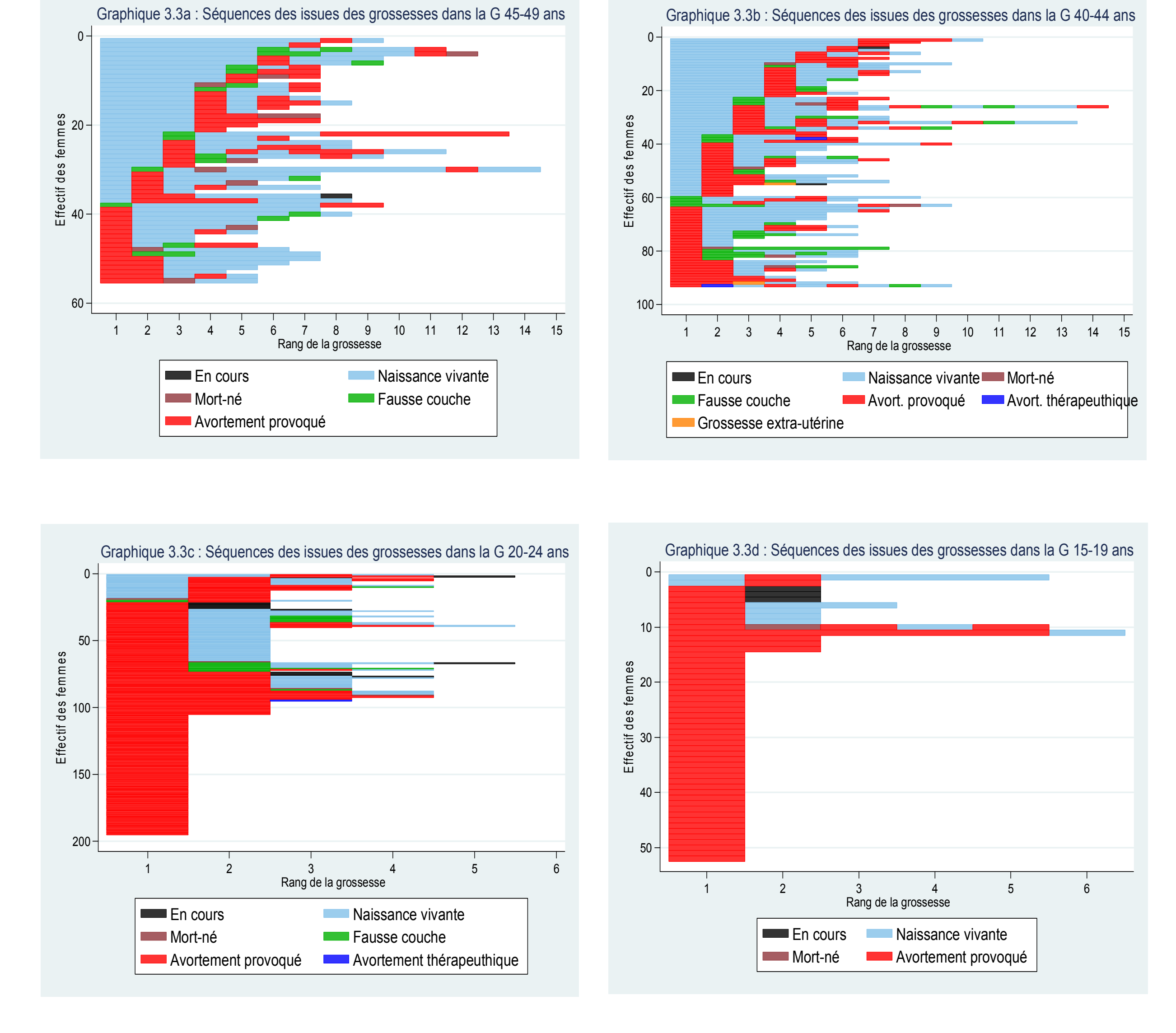
Afin de contrôler cet effet de génération, la série des graphiques 3.3a à 3.3d illustre les séquences des issues des grossesses des femmes qui ont eu recours à au moins un avortement, selon la génération. Leur interprétation étant similaire, nous montrons uniquement les graphiques obtenus pour les générations 45-49 ans, 40-44 ans, 20-24 ans et 15-19 ans. Les graphiques montrent clairement le positionnement de l'avortement (en rouge) par rapport aux autres issues de grossesse, surtout les naissances vivantes (en bleu clair). Deux principaux groupes de séquences sont identifiés.

D'une part, les séquences débutant par des naissances vivantes sont majoritaires au sein des deux plus anciennes générations (graphiques 3.3a et 3.3b). Les avortements surviennent plus tard dans la vie féconde de ces femmes. Presque 74,5 % et 73,1 % des femmes qui ont déjà avorté, respectivement au sein des générations des 45-49 ans et 40-44 ans, l'ont fait après des naissances, tandis que respectivement 30,9 % et 32,3 % de ces femmes ont commencé leur vie féconde par des avortements. Les femmes de ces générations semblent donc utiliser l'avortement dans le but d'espacer ou de limiter les naissances.

D'autre part, des séquences qui commencent par des avortements prédominent au sein des deux plus récentes générations (graphiques 3.3c et 3.3d). Les femmes avortent ainsi avant une première naissance, dès les premières grossesses. De la sorte, 90,8 % des femmes de 20-24 ans qui ont eu un avortement l'ont fait avant une première naissance, et seules 11,3 % ont avorté après des naissances. Ces pourcentages correspondent respectivement à

96,2 % et 5,8 % au sein de la génération des 15-19 ans. Les résultats montrent un accroissement de la zone des graphiques qui représente les femmes ayant avorté avant la naissance d'un premier enfant et une réduction de la partie qui représente celles qui ont avorté après des naissances, à travers les générations. L'utilisation de l'avortement a alors changé au fil du temps, en devenant un moyen pour les femmes de retarder la maternité.

Graphique 3.3 : Séquences des issues des grossesses (TAPIS), selon les générations de femmes



Source : EPAP, URD-OMS, 2002
Note : Seules les séquences des grossesses des femmes qui ont avorté au moins une fois sont représentées sur ces graphiques. Les effectifs de ces femmes sont respectivement 55, 93, 195 et 52 au sein des générations 45-49, 40-44, 20-24 et 15-19 ans.

III.4 Un impact non négligeable sur la fécondité potentielle

La formule proposée par Leridon (2002) montre que 1,96 avortements étaient nécessaires pour éviter une naissance en 2002 (tableau 3.4). En divisant l'indice synthétique d'avortement de 0,66 au cours de la période 1997-2002 par 1,96, nous trouvons que 0,34 naissances ont été évitées par le recours à l'avortement au cours de cette période. L'indice synthétique de fécondité aurait ainsi dû être de 3,19 enfants/femme en l'absence de l'avortement, au lieu de 2,85 qui apparaît dans le tableau de l'annexe 2 de ce chapitre. Ce qui correspond à une réduction de 10,6 % de la fécondité potentielle des femmes de 15-44 ans. En appliquant la même formule aux données d'Abidjan, Guillaume (2003) a trouvé une réduction de 12 % de la fécondité des femmes de 15-44 ans en 1998.

Tableau 3.4: Nombre d'avortements nécessaires pour éviter une naissance et indice d'avortement

Formule de Leridon	Lomé-2002
Délai moyen de conception (mois)	4
Efficacité moyenne de contraception	0,63
Durée de gestation (mois)	9
Temps mort postpartum (mois)	9,1
Durée de gestation en cas d'avortement (mois)	3
Temps mort post-avortement (mois)	1
Nombre d'avortements nécessaires pour éviter une naissance	**1,96**
Modèle de Bongaarts	
Taux de fécondité biologique TF (par femme)	15,3
Indice de mariage C_m	0,56 (43,9 %)
Indice de contraception C_c	0,63 (37,4 %)
Indice de non-susceptibilité postpartum C_i	0,72 (27,5 %)
Indice d'avortement provoqué C_a	**0,87 (12,6 %)**
Indice synthétique de fécondité en l'absence d'avortement $ISF = TF \times C_m \times C_c \times C_i$	3,89
Indice synthétique de fécondité en présence d'avortement $ISF = TF \times C_m \times C_c \times C_a \times C_i$	3,40
Impact absolu de l'avortement sur la fécondité	**0,49**

Source: EPAP, URD-OMS, 2002

Note : Les chiffres entre parenthèses représentent le pourcentage de réduction de la fécondité biologique

Par ailleurs, l'indice C_a, qui mesure l'effet inhibiteur de l'avortement sur la fécondité selon le modèle de Bongaarts (1982), est estimé à 0,87 en 2002. Ainsi, l'avortement réduirait la fécondité potentielle, qui est fixée à 15,3 enfants par femme, de 12,6 % (tableau 3.4). Ce pourcentage est proche de celui trouvé par Guillaume (2003) à Abidjan en 1998 (13 %).

Les résultats diffèrent selon la méthode. Avec la formule de Leridon, 0,34 naissance a été évitée à cause de l'avortement, soit une réduction de 10 %, alors qu'avec le modèle de Bongaarts, 0,49 naissance a été évitée, soit une réduction de 12 %. Cette différence peut être principalement due à la valeur (15,3 enfants par femme) de la fécondité biologique

dans le modèle de Bongaarts. Cette valeur semble être très élevée pour une capitale, étant donné le processus d'urbanisation, l'avancée de la scolarisation des femmes, le recul de l'âge au mariage et la moindre demande d'enfants, mais surtout dans un contexte de crise socio-économique. Ce modèle pourrait aussi surestimer l'impact de l'avortement dans la réduction de la fécondité (Johnston et Hill, 1996; Lara *et al.*, 2004).

Tel que présenté dans le tableau 3.4, parmi les déterminants proches de la fécondité, la nuptialité a joué le plus grand rôle (44 %) dans la réduction du nombre d'enfants par femme en 2002. Les deuxième et troisième plus importants déterminants sont respectivement la contraception (37 %) et le comportement postpartum (27 %). La baisse de la fécondité à Lomé serait, en effet, liée aux changements matrimoniaux et à l'utilisation de méthodes contraceptives, surtout non modernes (Locoh, 1994). L'avortement a joué le moindre rôle dans la réduction de la fécondité, avec seulement 0,49 naissance évitée en 2002.

Les tendances sont autres en 1988 et 1998. En appliquant le modèle de Bongaarts aux données des EDST, et sans l'avortement (tableau 3.1), nous voyons que la contraception a joué le moindre rôle dans la réduction de la fécondité. Par contraste, les facteurs qui avaient eu plus d'impact étaient le comportement postpartum en 1988 et la nuptialité en 1998. La nuptialité participerait ainsi à la baisse de la fécondité à Lomé depuis 1998, ce qui se traduit par la hausse de l'âge médian à la première union (tableau de l'annexe 2 de ce chapitre).

Conclusions

L'objectif de cette étude était d'estimer l'ampleur du recours à l'avortement, et d'analyser les changements intervenus dans le calendrier et le nombre moyen d'avortements selon les générations de femmes à Lomé. L'étude visait aussi à déterminer le rôle de l'avortement dans la régulation des naissances et dans la baisse de la fécondité. Les quatre hypothèses testées ont été toutes confirmées par les analyses. Précisément, les résultats montrent que les femmes ont majoritairement recours à l'avortement avant 30 ans. Le groupe d'âges 20-24 ans est particulièrement à risque, avec des taux d'avortement assez élevés. En outre, la tendance du recours à l'avortement semble être à la hausse, même si les taux diffèrent selon

la méthode utilisée ; l'ampleur du recours à l'avortement pourrait être en effet surestimée dans les méthodes indirectes et sous-estimée dans les directes.

L'augmentation du recours à l'avortement serait en partie imputable aux changements dans le calendrier des avortements car le premier avortement se pratique de plus en plus tôt. Le temps écoulé entre les avortements successifs est aussi plus court et les femmes des jeunes générations ont, à âge égal, déjà pratiqué un nombre moyen d'avortements plus important que leurs aînées. Ces résultats peuvent s'expliquer par le désir des jeunes de retarder ou de trouver le bon moment pour être mère (Johnson-Hanks, 2002), de poursuivre leurs études ou de prouver leur capacité à concevoir (Locoh, 1993). Les jeunes cacheraient aussi leur sexualité hors union à leurs parents dont ils craignent la réaction s'ils découvraient leur grossesse (Guillaume, 2003). Dans le même temps, ces jeunes ont une plus longue durée d'exposition au risque de grossesses prénuptiales et un accès difficile aux centres de PF en Afrique (Olukoya, 2004). Une situation économique ne permettant pas de s'occuper d'un premier enfant ou d'un enfant supplémentaire explique enfin ce recours fréquent (Amétépé et Béguy, 2004). Certains jeunes qui dépendent encore de la famille pourraient ainsi avorter afin d'éviter que leur enfant soit un fardeau pour leurs parents. Cette précocité et fréquence du recours à l'avortement pourront alors être limitées si l'éducation sexuelle était renforcée dès l'âge de la puberté. En rejoignant la conclusion des auteurs de l'étude qui a évalué le centre de la jeunesse ATBEF (Association togolaise pour le bien-être familial) de Lomé, dont la fréquentation est encore faible (Speizer *et al.*, 2004), la création d'autres centres pourrait accroître l'accès des jeunes aux services de PF et de santé reproductive.

L'existence d'avortements répétitifs pourrait révéler l'inefficacité des services de PF et des soins post-avortement, les éventuelles restrictions selon l'âge, le statut matrimonial ou la parité des femmes lors de l'adoption des contraceptions, et l'insuffisance des conseils reçus après un avortement. Or, l'*analyse de la situation en santé de la reproduction* de 2003 a révélé que les prestations relatives à la PF et à l'information, éducation et communication / communication pour un changement de comportement (IEC/CCC) en matière de PF étaient disponibles dans les formations sanitaires de Lomé (URD, 2004b). Les prestations relatives aux soins post-avortement étaient aussi disponibles dans 54 % des formations sanitaires et étaient supposées inclure des conseils sur les contraceptions lors de la prise en charge des

complications. Cependant, les femmes sont nombreuses à ne pas utiliser de contraception ni avant, ni après les avortements (Amétépé et Béguy, 2004). Les femmes ayant eu recours à l'avortement de façon répétée n'ont peut-être pas eu de complications après leurs avortements ou n'ont pas été en contact avec le système de santé. Pourtant, 93 % et 94 % des prestataires enquêtés au niveau national lors de l'*Enquête sur l'analyse de la situation en santé de la reproduction au Togo* en 2003 ont rapporté que des clientes de leur formation sanitaire sollicitent parfois un avortement ou des conseils sur un avortement, ainsi que des soins post-avortement (URD, 2004b). Ces constats traduisent un besoin en sensibilisation et offre de services en matière d'avortement par les Togolaises.

Alors que la contraception est souvent utilisée en Afrique subsaharienne pour espacer les naissances (Westoff et Bankole, 2000), l'avortement s'utilise pour retarder la venue de la première naissance à Lomé. Ce résultat est surtout observé au sein des jeunes générations pour qui le poids de l'avortement par rapport aux naissances est important en début de vie féconde. Pour les générations plus anciennes, l'avortement vise plutôt à espacer ou limiter les naissances. Leurs avortements sont plus espacés et intercalés de naissances. Toutefois, il pourrait y avoir une omission des avortements en début de vie féconde chez ces femmes. Enfin, entre 0,34 et 0,49 naissance a été évitée par le recours à l'avortement en 2002, soit une réduction de 10 à 12 % de la fécondité potentielle. Ces résultats confirment l'idée selon laquelle, bien que la législation sur l'avortement soit restrictive au Togo, une partie de la régulation des naissances serait assurée à Lomé par des avortements (Locoh, 1994). Ce décalage entre législation et pratique suggère l'intervention d'autres facteurs, tels que les réalités socio-économiques des femmes, dans le processus d'avortement (Schuster, 2005).

Des complications médicales graves découlant souvent de la clandestinité de l'avortement, les résultats révèlent un besoin en matière d'information et de services de PF, surtout chez les jeunes. En outre, la pratique contraceptive après un avortement permettrait de réduire le risque de grossesses non planifiées subséquentes, et par conséquent, le risque d'avortement répété (Johnson *et al.*, 2002). Les résultats suggèrent ainsi une nécessité de généraliser les soins post-avortement aux centres de santé de Lomé afin de réduire les risques de répétition et d'utilisation de l'avortement pour réguler les naissances.

Annexes du chapitre 3

Annexe 1 du chapitre 3 : Formules permettant le calcul des indices des principaux déterminants proches de la fécondité et des éléments rentrant dans l'application de la méthode résiduelle

Indices et taux	**Formules**	**Signification de certains éléments**
Indice de mariage C_m	$C_m = \frac{\sum f(a)}{\sum\left(f(a)/m(a)\right)}$	$f(a)$ = taux de fécondité par groupe d'âges $m(a)$ = proportion de femmes ayant déjà été en union par groupe d'âges
Indice de contraception C_c	$C_c = 1 - (1{,}08 \times e \times \mu)$ *avec* $e = \frac{\sum(e(m) \times \mu(m))}{\mu}$	μ = prévalence contraceptive* *e* = efficacité de la contraception *(m)* = méthode contraceptive
Indice de non-susceptibilité postpartum C_i	$C_i = \frac{20}{18{,}5 + i}$	*i* = durée moyenne d'abstinence ou d'aménorrhée, en mois
Taux de fécondité biologique TF	$TF = 15{,}3$	
Indice synthétique de fécondité ISF	$ISF = \sum f(a)$	$f(a)$ = taux de fécondité par groupe d'âges
Indice de l'avortement provoqué C_a	$C_a = \frac{ISF}{(TF \times C_m \times C_c \times C_i)}$	
Indice synthétique d'avortement ISA	$ISA = \frac{\left[\left(\frac{ISF}{C_a}\right) - ISF\right]}{0{,}4 \times (1+\mu)}$	μ = prévalence contraceptive
Taux annuel d'avortement	$Taux = 1000 \times \frac{ISA}{35}$	

Sources : (Bongaarts, 1982 ; Johnston, 1999 ; Rossier, 2003)
** Les prévalences contraceptives sont calculées parmi les femmes sexuellement actives au moment de l'enquête*

Annexe 2 du chapitre 3 : Répartition (%) des enquêtées selon l'âge et la prévalence contraceptive. Indicateurs de fécondité, de non-susceptibilité postpartum et d'union, selon les trois sources de données

Variables	**EDS 1988**	**EDS 1998**	**EPAP 2002**
Groupe d'âges (années)			
15 - 19	24,93	22,71	19,85
20 - 24	21,87	21,39	20,27
25 - 29	20,4	16,62	19,24
30 - 34	13,6	15,25	14,62
35 - 39	9,33	11,04	12,95
40 - 44	5,2	7,37	7,32
45 - 49	4,67	5,62	5,74
Prévalence contraceptive *			
Aucune méthode	59,7	63,9	44,7
N'importe quelle méthode	40,3	36,1	55,3
Norplant	0	0,9	1,2
Méthode orale (pilule)	2,9	3,0	3,0
Stérilet-DIU	2,9	2,3	1,8
Injections	0,4	2,4	4,4
Méthodes vaginales-spermicides	2,5	0,8	0,5
Condom-fémidon	1,4	8,7	23,6
Stérilisation féminine	1,1	0	0
Abstinence périodique	23,0	15,8	19,7
Retrait	4,7	1,8	0,5
Autres méthodes	1,4	0,6	0,6
Total	100	100	100
Indice synthétique de fécondité (par femme)	4,4	2,9	2,85
Durée médiane de non-susceptibilité postpartum (en mois)	13,7	12,1	6,2
Durée moyenne de non-susceptibilité postpartum (en mois)	14,5	15,5	9,1
Âge médian à la première union chez les 25-49 ans (années)	19,4	20,2	21,5
Taille de l'échantillon de Lomé	750	1417	4755

Sources: EDST-1988, EDST-1998, EPAP-2002
** Les prévalences contraceptives sont calculées parmi les femmes sexuellement actives au moment de l'enquête*

Chapitre 4 - Facteurs associés au recours à l'avortement à Lomé (Togo) : analyse d'une séquence d'étapes menant à l'avortement

Afiwa N'BOUKE, Anne-Emmanuèle CALVÈS et Solène LARDOUX

Résumé

La présente étude examine les facteurs associés au recours à l'avortement à Lomé. Ce recours est modélisé comme une séquence d'étapes débutant par l'exposition au risque de grossesse jusqu'au recours à l'avortement, en passant par l'utilisation ou non d'une contraception, et le fait qu'une grossesse qui survient soit déclarée comme étant « non désirée ». L'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP) réalisée en 2002 auprès de 4755 femmes âgées de 15-49 ans, qui fournit plusieurs caractéristiques au moment des grossesses, sert de base aux analyses. Les résultats révèlent que 30 % des grossesses ont été déclarées par les répondantes comme étant « non désirées » et que près de 15 % des grossesses (soit 47 % des grossesses non désirées) ont été interrompues par un avortement provoqué. Seules 18 % des grossesses non désirées et 22 % des grossesses interrompues ont été précédées d'une utilisation de contraception. Les analyses multi-variées montrent que la religion, la parité, le statut matrimonial et le niveau d'instruction sont associés aux quatre étapes de la séquence. Par exemple, en étant moins à risque de grossesse, les femmes qui ont au moins deux enfants en vie sont plus susceptibles que les nullipares, d'utiliser une contraception, moderne ou non, de déclarer une grossesse comme non désirée et d'avorter. Plusieurs grossesses non désirées surviennent aux âges jeunes (surtout avant 25 ans). Toutefois, c'est principalement le caractère « hors union » de la grossesse qui fait qu'elle est considérée comme étant « non désirée » et qu'elle est interrompue. En revanche, l'ethnie, la génération, le nombre d'avortements précédents et la pratique contraceptive sont associés uniquement à certaines étapes menant à l'avortement.

Introduction

Les grossesses hors mariage, rapprochées ou celles des femmes jugées « trop âgées » (déjà grand-mères), fortement stigmatisées dans plusieurs sociétés africaines, provoquent généralement chez les femmes la crainte d'un rejet social (Amegee, 2002; Ouédraogo et Pictet, 2001). Les grossesses prénuptiales sont d'ailleurs souvent interrompues clandestinement afin d'éviter un scandale ou la honte aux familles (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; Guillaume, 2004a; Ouédraogo et Pictet, 2001). Les motifs et les déterminants des avortements sont habituellement liés à la « situation socio-économique [des femmes], à l'acceptation sociale de la sexualité chez les adolescents et des grossesses hors mariage, à la législation sur l'avortement et aux conditions d'accès à la planification familiale » (Guillaume, 2004a : p84). L'avortement, qui permet « d'être en conformité avec les normes sociales » (Amegee, 2002), serait alors guidé par les circonstances socialement acceptables d'une grossesse et par le « bon moment » pour avoir des enfants.

En dépit de l'évolution qu'a connue la loi sur l'avortement au Togo en 2006, elle n'autorise encore l'avortement que sous certaines rares conditions (cas de viol ou d'inceste, situation mettant en danger la vie et la santé de la femme, lorsqu'il existe un haut risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection grave). Toutefois, l'avortement serait très utilisé dans la capitale Lomé pour réguler la fécondité, surtout chez les jeunes (Amétépé et Béguy, 2004; N'bouke *et al.*, 2010b). Les études qui ont porté sur l'avortement à Lomé ont pu mettre en évidence certaines caractéristiques des femmes qui avortent (Adjahoto *et al.*, 1999; Amegee, 1999; 2002; Amétépé et Béguy, 2004; Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; URD et DGSCN, 2001; Vignikin et Adjiwanou, 2004). Trois de ces études se sont basées sur les mêmes données que celles utilisées dans cette étude : les données de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP) de 2002. La première a pu montrer que le risque d'avorter augmente avec le niveau d'instruction, le rang de grossesse et le nombre d'enfants en vie (Amétépé et Béguy, 2004). De plus, ce risque est moins élevé chez les femmes séparées ou en union que chez les célibataires. La seconde étude a révélé que le risque d'avorter augmente avec l'âge, le niveau d'instruction et le rang de grossesse (Vignikin et Adjiwanou, 2004). La dernière étude a décelé des effets significatifs de l'âge,

du niveau d'instruction, de la religion, du rang de grossesse, de l'utilisation d'une contraception moderne et du fait de ne pas être mariée sur le risque d'avorter chez les jeunes femmes âgées de 15-24 ans à l'enquête (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004). Bien qu'elles informent sur les facteurs associés au recours à l'avortement, ces études ne s'inscrivent pas dans un cadre explicatif global qui prend en compte toutes les étapes séquentielles qui mènent à l'avortement. Elles ne permettent donc pas de distinguer l'influence différentielle de ces facteurs explicatifs à chaque étape de la séquence.

Dans le contexte d'accès légal très restrictif à l'avortement et de hausse du recours à l'avortement pour réguler les naissances qui caractérise Lomé, la présente étude se propose d'examiner les facteurs démographiques et socio-économiques associés au recours à l'avortement, en modélisant ce recours comme une séquence de comportements et d'étapes. En se basant sur les données de l'EPAP, collectées en 2002 auprès de 4755 femmes âgées de 15-49 ans à Lomé, cette recherche se penche sur comment ces facteurs sont associés à chaque étape, de l'exposition au risque de grossesse jusqu'au recours à l'avortement, en passant par l'utilisation ou non de la contraception et par le fait qu'une grossesse qui survient soit déclarée comme étant « non désirée ». L'exposition au risque de grossesse et la pratique contraceptive sont tout d'abord modélisées à l'aide des régressions logistiques multiples (binomiales et multinomiales). Le fait qu'une grossesse soit déclarée « non désirée » et qu'une grossesse non désirée soit interrompue sont ensuite modélisés grâce à des régressions logistiques multi-niveaux à effets aléatoires afin de contrôler le fait que des femmes ont eu plusieurs grossesses.

I. Les facteurs associés au recours à l'avortement en Afrique

Deux groupes de facteurs déterminent le recours à l'avortement. Il s'agit premièrement des facteurs contextuels (Mundigo, 2006) qui regroupent la législation en matière d'avortement, la religion, des facteurs socioculturels tels que l'ethnie et la génération, le contexte sanitaire et socio-économique, et des facteurs géographiques. La religion influence souvent la façon de penser et d'agir, ainsi que la vie reproductive des individus qui y adhèrent. En suivant de mars 1997 à mars 1998 des femmes enceintes dans certaines régions du Ghana, une étude a

en effet montré que les femmes musulmanes avaient un risque moins élevé de recourir à l'avortement que celles des autres religions, toutes choses égales par ailleurs (Ahiadeke, 2001). Dans le même temps, une étude réalisée à Abidjan auprès de patientes de centres de santé a révélé que les musulmanes étaient moins susceptibles que les chrétiennes d'utiliser une contraception, surtout la contraception moderne (Guillaume, 2003). Probablement que l'interdiction de la sexualité hors du cadre du mariage par l'Islam fait en sorte que les jeunes filles célibataires ne reçoivent pas toujours l'éducation sexuelle nécessaire, n'ont pas accès à l'information ni à la contraception, puisqu'elles, les femmes divorcées ou veuves ne sont pas supposées avoir des rapports sexuels (Turki *et al.*, 2002).

À l'instar de la religion, des facteurs socioculturels variables selon l'appartenance ethnique influent sur la pratique contraceptive et le recours à l'avortement, à travers l'importance de la procréation, l'attitude face à l'avortement et à la contraception, et à travers les représentations sociales de la sexualité. Le discours à propos de l'avortement est souvent conservateur dans les sociétés africaines et fondé sur le prestige des familles de grande taille (Braam et Hessini, 2004). En considérant l'avortement comme « un crime », ce discours est généralement renforcé par des législations restrictives. Ces normes entraînent un contexte d'accès à la contraception difficile pour les jeunes femmes, en majorité non mariées, dont la sexualité est souvent mal perçue (Rossier, 2005). Bien que la sexualité et la maternité d'une célibataire soient peu prohibées dans certaines sociétés, comme à Yaoundé (Calvès, 2002) ou dans certains groupes ethniques du Togo (Thiriat, 1998), les grossesses issues de relations reprouvées par les normes sont souvent stigmatisées et poussent les femmes à les interrompre par avortement (Rossier *et al.*, 2006). Les grossesses rapprochées révèleraient, par exemple, que la femme n'observe pas les comportements postpartum et que le couple ne peut se contrôler (Ouédraogo et Pictet, 2001) alors qu'une sexualité pendant la période d'allaitement est couramment perçue comme souillant le lait maternel qui peut rendre l'enfant malade (Van De Walle et Van De Walle, 1991). Outre la religion et l'ethnie, la génération influence aussi le risque de recourir à un avortement. D'après deux études réalisées à Abidjan, les femmes des générations plus récentes, surtout celles qui sont âgées de moins de 25 ans, ont un risque plus élevé que les femmes de 35 ans et plus de recourir à l'avortement (Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Guillaume, 2003).

Le second groupe de facteurs comprend les caractéristiques des individus (femme et partenaire) ou du ménage. Malgré la variabilité du profil des femmes qui avortent selon le contexte, des études ont précisément montré que l'âge de la femme, son statut matrimonial, statut socio-économique, niveau d'instruction et surtout le fait d'être toujours à l'école ou non, la parité ainsi que le rang de grossesse influencent le risque d'avorter (Amétépé et Béguy, 2004; Bankole *et al.*, 1999; Bongaarts, 1997; Calvès, 2002; Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Frank, 1987; Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; Guillaume, 2003, 2004a, 2009; Okonofua *et al.*, 1999; Oye-Adeniran *et al.*, 2004a; Vignikin et Adjiwanou, 2004).

Bien que des études suggèrent un recours fréquent aux jeunes âges (N'bouke *et al.*, 2010b; Oye-Adeniran *et al.*, 2004a), c'est particulièrement le statut matrimonial aux jeunes âges qui semble influencer le risque de recourir à l'avortement. Des études menées sur le continent ont, par conséquent, montré que le risque d'interrompre une grossesse est plus élevé chez les femmes non mariées que chez celles en union (Ahiadeke, 2001; Guillaume, 2003). La principale explication est que le recul de l'âge au mariage et la prévalence accrue de l'activité sexuelle prénuptiale exposent les jeunes d'Afrique subsaharienne au risque de grossesses non désirées, pouvant entraîner un recours important à l'avortement (Amegee, 2002; Henshaw *et al.*, 1999a; Mensch *et al.*, 2006; Oye-Adeniran *et al.*, 2004a).

Les femmes ont aussi parfois recours à l'avortement en Afrique afin de limiter la taille de leur famille, une fois qu'elles ont atteint le nombre d'enfants souhaités (Bankole *et al.*, 1999). Une étude a montré que le risque d'avorter est plus élevé à Lomé pour les dernières grossesses (3 ou plus) que pour les premières (Amétépé et Béguy, 2004). Une autre étude menée à Abidjan a dévoilé que le risque d'avorter est élevé pour les grossesses dont le rang se situait entre 3 et 5 (Desgrees Du Loû *et al.*, 1999). En outre, il est aussi élevé chez les femmes qui ont plusieurs enfants en vie comparativement à celles qui n'en ont pas ou qui en ont peu (Ahiadeke, 2001; Amétépé et Béguy, 2004; Calvès, 2002). Probablement que les femmes sont plus réticentes à avorter les toutes premières grossesses par peur d'une éventuelle stérilité due à l'avortement, ou que les femmes très âgées avortent par crainte de risques élevés de complication que peut parfois présenter leur grossesse (Oye-Adeniran *et al.*, 2005). Cela peut enfin être lié à une absence d'utilisation ou à une moindre efficacité des contraceptions utilisées par les femmes qui ont plusieurs enfants. Une étude a ainsi

montré que la probabilité d'utiliser une méthode contraceptive traditionnelle au Togo, méthode probablement moins efficace, augmentait avec le nombre d'enfants (Gage, 1995).

Plusieurs études montrent par ailleurs que les femmes instruites, surtout celles qui ont au moins un niveau secondaire, sont plus susceptibles que les non instruites d'interrompre une grossesse (Ahiadeke, 2001; Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Guillaume, 2003; Okonofua *et al.*, 1999). Dans le même temps, des études menées à Abidjan et au Togo ont révélé que la probabilité d'utiliser la contraception est plus élevée chez les femmes instruites que chez les non instruites (Guillaume, 2003; Vignikin, 2007). Mais un échec, une mauvaise utilisation ou une absence d'efficacité de la contraception utilisée augmentent le risque d'avorter à travers la survenue d'une grossesse non prévue. Une étude réalisée au Nigéria a montré à alors que les femmes très instruites avaient plus de risque que les non instruites, de déclarer avoir eu une grossesse non désirée (Okonofua *et al.*, 1999).

La scolarité constitue un motif fréquent d'avortement chez les adolescentes et les jeunes, de même que chez les élèves et étudiantes qui retardent les naissances afin de poursuivre les études (Frank, 1987; Oye-Adeniran *et al.*, 2004a; URD et DGSCN, 2001). Par exemple à Yaoundé, les grossesses des jeunes femmes qui fréquentent l'école sont plus à risque d'être interrompues que celles des femmes qui sont sans emploi ou au foyer (Calvès, 2002). En fait, la maternité chez les jeunes filles complique souvent la poursuite des études dans plusieurs pays africains (Amegee, 2002; Bankole *et al.*, 1999). Les jeunes qui aspirent à un niveau élevé de scolarisation mènent alors rarement leur grossesse à terme.

Hormis l'utilisation de l'avortement pour reporter l'entrée en vie féconde chez les jeunes, et pour espacer ou limiter les naissances chez les femmes plus âgées, les résultats de l'étude effectuée par Ahiadeke (2001) au Ghana montrent que le fait d'avoir avorté est associé à un risque plus élevé d'avorter à nouveau, comparativement au fait de n'avoir jamais avorté.

Selon le désir ou non d'avoir un enfant, le recours à un avortement est souvent précédé de la survenue d'une grossesse déclarée comme étant « non désirée », qui survient à son tour à la suite d'un échec contraceptif, de l'absence ou de la mauvaise utilisation d'une méthode contraceptive (Mundigo, 2006). En effet, une majorité de grossesses non désirées ou non

planifiées sont, selon les contextes en Afrique, interrompues par des avortements provoqués (Bongaarts et Westoff, 2000; Mundigo, 1992; Singh *et al.*, 2006). Par ailleurs, plusieurs auteurs (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; Guillaume, 2003; Vignikin et Adjiwanou, 2004) ont montré qu'en Afrique, surtout dans les villes, le risque d'interrompre une grossesse est plus élevé chez les utilisatrices de contraception que chez les autres. Peut-être que les échecs contraceptifs, selon la méthode utilisée, augmentent le risque de recourir à un avortement chez ces femmes non désireuses d'avoir un enfant puisqu'ils sont souvent associés à des grossesses non prévues (Ahiadeke, 2001). Toutefois, dans les contextes à faible prévalence contraceptive, des grossesses non désirées surviennent aussi en l'absence d'utilisation de contraception. Une étude réalisée dans une province rurale du Burkina Faso a d'ailleurs montré que les représentations en matière de reproduction humaine, les perceptions des méthodes contraceptives modernes, notamment le fait que la pilule soit suspectée de rendre stérile, soutenaient un certain penchant pour l'avortement (Ouédraogo et Pictet, 2001).

On s'attend ainsi à ce que le risque de recourir à un avortement soit plus élevé chez les jeunes générations, les femmes non mariées, instruites, qui utilisent la contraception, qui ont déjà avorté ou ont plusieurs enfants au moment de la grossesse. En revanche, on présume qu'il varie selon l'ethnie et qu'il est moins élevé chez les musulmanes.

II. Cadre d'analyse : séquence de comportements et d'étapes menant à l'avortement

Dépendamment du désir ou non d'avoir un enfant, de la perception du risque de grossesse et de l'éventuelle perception sociale de la grossesse, l'avortement provoqué a généralement lieu si certaines conditions préalables sont remplies. Il s'agit d'être sexuellement active, d'utiliser ou non la contraception, d'avoir une grossesse non prévue, de décider d'interrompre la grossesse et d'avoir ensuite accès aux services d'avortement (Bajos et Ferrand, 2009; Rossier *et al.*, 2005). Selon le cadre proposé par Rossier et ses collègues (2007) dans un contexte de pays développé, les « déterminants proches » de l'avortement sont l'exposition au risque de grossesse non prévue, l'utilisation ou non de la contraception, la survenue d'une grossesse non prévue, la prise de décision d'avorter, l'accès aux services

d'avortement[22], l'influence des autres déterminants passant nécessairement par ces cinq. En adaptant ce cadre au contexte de cette étude, la probabilité de recourir à l'avortement serait alors, mathématiquement, la somme des probabilités suivantes :

Équation 1

$$\begin{aligned}P(A) = {} & [P(A/GND) \times P(GND/\text{pas contraception}) \times P(\text{pas contraception/à risque de grossesse}) \times P(\text{être à risque de grossesse})] + \\ & [P(A/GND) \times P(GND/\text{contraception}) \times P(\text{contraception/à risque de grossesse}) \times P(\text{être à risque de grossesse})] + \\ & [P(A/GD) \times P(GD/\text{pas contraception}) \times P(\text{pas contraception/à risque de grossesse}) \times P(\text{être à risque de grossesse})] + \\ & [P(A/GD) \times P(GD/\text{contraception}) \times P(\text{contraception/à risque de grossesse}) \times P(\text{être à risque de grossesse})]\end{aligned}$$

Avec P(A) = probabilité d'avorter ; P(A/GND) = probabilité d'avorter sachant qu'on a une grossesse non désirée[23] ; P(A/GD) = probabilité d'avorter sachant qu'on a une grossesse désirée ; P(GND ou GD/contraception ou pas contraception) = probabilité d'avoir une grossesse non désirée ou désirée, sachant qu'on a utilisé ou non une contraception ; P(pas contraception ou contraception/ à risque de grossesse) = probabilité de ne pas utiliser ou d'utiliser une contraception, sachant qu'on est à risque de grossesse[24] ; et P(être à risque de grossesse) = probabilité d'être à risque de grossesse.

En adaptant le cadre de Rossier et de ses collègues à son étude portant sur les déterminants des avortements provoqués en Inde, Elul (2004) décompose la probabilité d'avorter en des événements et comportements séquentiels et inter-reliés. Cependant, l'auteure modélise uniquement la survenue de grossesse chez des femmes mariées et le recours à l'avortement en cas de grossesse. Dans la présente étude, nous proposons un cadre d'analyse plus large, portant sur l'ensemble des femmes, qui considère les comportements et étapes séquentiels suivants : l'exposition au risque de grossesse, l'utilisation d'une contraception, le fait qu'une grossesse qui survient soit déclarée « non désirée » et le recours à l'avortement.

---

[22] Dans la présente étude, l'accès aux services d'avortement ne peut être mesuré, vu le contexte d'illégalité dans lequel se déroule la grande majorité des avortements en Afrique. Nous assimilons alors la prise de décision d'avorter et l'accès aux services d'avortement à une seule étape : le recours à l'avortement.

[23] Nous retenons le terme « grossesse non désirée » qui désigne la non-acceptation de la grossesse par la femme elle-même et par son entourage (Amegee, 2002), plutôt que le terme « grossesse non prévue » qui renvoie souvent à un échec contraceptif (Bajos et *al.*, 2009), à cause de la faible prévalence contraceptive dans le contexte africain.

[24] Nous retenons aussi « l'exposition plus large au risque de grossesse » plutôt que « l'exposition au risque de grossesse non prévue », cette dernière pouvant être difficile à appréhender de façon rétrospective.

En outre, P(GD/contraception) ≈ 0 dans le dernier terme de l'équation 1 puisqu'une femme qui souhaite contracter une grossesse n'utilise généralement pas de contraception. Ainsi, P(GD/pas contraception) ≈ 1 dans l'avant dernier terme. P(A/GD) ≈ 0 car peu de grossesses désirées sont interrompues. En estimant que seule une grossesse non désirée est à risque d'être interrompue, il reste à modéliser la probabilité d'être à risque de grossesse, la probabilité d'utiliser une contraception sachant que la femme est à risque de grossesse, la probabilité qu'une grossesse soit déclarée comme « non désirée » sachant qu'on a eu une grossesse, et la probabilité d'avorter sachant que la grossesse est déclarée « non désirée ».

En se basant sur ce cadre, nous déterminons les caractéristiques démographiques et socio-économiques qui sont associés au recours à l'avortement. En modélisant l'avortement comme une séquence de comportements et d'étapes, nous examinons comment des facteurs tels que l'ethnie, la religion, la génération, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, l'âge, le fait d'avoir avorté auparavant et la parité sont associés, non seulement au risque d'interrompre une grossesse non désirée, mais également aux trois étapes qui lui sont antérieures, à savoir, l'exposition au risque de grossesse, l'utilisation d'une méthode contraceptive et le fait qu'une grossesse qui survient soit déclarée comme « non désirée ».

III. Données, variables et méthodes

III.1 Source de données

Nous utilisons les données de l'EPAP, organisée en 2002 par l'Unité de recherche démographique (URD) de l'Université de Lomé et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'enquête portait sur les circonstances des avortements des femmes, et sur les relations qui existent entre la pratique de la planification familiale (PF) et le recours à l'avortement (URD et OMS, 2002a). Un atout de l'EPAP est qu'elle a ciblé les femmes de la population générale, et non seulement les femmes mariées (Henshaw *et al.*, 1999a), les femmes fréquentant des centres sanitaires (Guillaume, 2003) ou les jeunes (Calvès, 2002). La méthodologie en « face à face » étant utilisée, il se pourrait que les avortements soient sous-déclarés à cause de la restriction imposée par la loi à la pratique et de la réprobation sociale de l'avortement (Rossier, 2009). Afin de minimiser cette sous-déclaration, il a été recommandé aux enquêtrices d'établir un rapport de confiance avec les enquêtées, de les

interviewer seules, de mettre l'accent sur le caractère confidentiel des réponses et d'être neutre pendant l'interview (URD et OMS, 2002a).

Le volet quantitatif de l'enquête, qui sera utilisé dans cette recherche, est basé sur un questionnaire individuel administré à 4755 femmes retenues dans 3266 ménages. L'échantillon est auto-pondéré et représentatif de la population féminine âgée de 15-49 ans à Lomé et dans ses environs. Les deux premiers modules du questionnaire fournissent des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes au moment de l'enquête, sur la connaissance et l'utilisation passée ou actuelle de la contraception. Près de 74 % des femmes interrogées dans le cadre de l'EPAP étaient âgées de moins de 35 ans. Un bon nombre étaient catholiques (44 %), d'ethnie adja-éwé (70 %) et en union (54 %), alors que 38 % étaient encore célibataires. Environ 88 % des enquêtées avaient déjà eu des rapports sexuels et 22 % n'avaient aucun niveau d'instruction au moment de l'enquête.

Même si d'éventuels oublis peuvent découler du caractère rétrospectif de l'enquête, le troisième module fournit l'historique complet des grossesses des enquêtées avec leur rang, leur issue, ainsi que le mois et l'année de l'issue des grossesses. Il a été aussi demandé aux femmes si elles désiraient la grossesse au moment où elle avait été contractée. Cette information, bien que subjective et évaluée par l'enquêtée elle-même, permet de distinguer une grossesse que la femme trouve « non désirée » d'une autre qu'elle déclare « désirée ». Toutefois, le fait que la grossesse ait été déclarée comme « désirée » ou « non désirée » à postériori au moment de l'enquête constitue une limite. Il se pourrait ainsi qu'il y ait une sur-déclaration du caractère « désiré » de la grossesse parmi des grossesses ayant abouti à une naissance vivante ou du caractère « non désiré » de la grossesse au sein des grossesses qui ont été interrompues. L'utilisation d'une contraception par la femme, son âge, niveau d'instruction et statut matrimonial au moment de chaque grossesse ont enfin été recueillis. Les caractéristiques du partenaire (âge, activité économique, niveau d'instruction, etc.) et celles de la relation entre le couple (durée ou statut social de l'union) semblent influencer le risque d'avorter, comme cela a été le cas dans l'étude chez les jeunes de Yaoundé (Calvès, 2002). Cependant, en leur absence et en l'absence des caractéristiques du ménage dans les données, les analyses porteront uniquement sur les caractéristiques des femmes.

III.2 Variables dépendantes

Quatre étapes séquentielles précédant un éventuel avortement sont examinées : le fait d'être à risque de grossesse, d'utiliser une contraception, qu'une grossesse qui survient soit déclarée par l'enquêtée comme étant non désirée et le recours à l'avortement. Ne disposant pas de biographies complètes, deux moments d'analyses sont considérés. Les probabilités des deux premières étapes (être à risque de grossesse et utiliser une méthode contraceptive moderne) sont modélisées pour le moment de l'enquête, alors que celles des deux dernières étapes sont modélisées pour toute la période de vie féconde.

Toutes les enquêtées, âgées de 15-49 ans (N=4755), sont à risque d'être sexuellement actives, et donc sont à risque de tomber enceinte. La première variable dépendante « être à risque de grossesse » prend la valeur 1 si la femme déclare avoir eu des rapports sexuels au cours du dernier mois précédant l'enquête, mais n'est pas enceinte, n'allaite pas, n'est ni stérile, ni ménopausée au moment de l'enquête. Elle prend la valeur 0 sinon. Pour la seconde étape de la séquence, les analyses porteront sur les femmes qui sont à risque de grossesse (N=2303) et qui sont donc susceptibles d'utiliser une contraception. La deuxième variable dépendante, « pratique contraceptive », a trois modalités : déclarer avoir utilisé une contraception moderne au moment de l'enquête, une contraception non moderne, ou n'avoir rien utilisé. Seule la méthode contraceptive déclarée être principalement utilisée par la femme a été collectée. Les méthodes modernes de contraception comprennent le stérilet, l'injection, le norplant, condom, fémidon, la pilule ou les spermicides. Les méthodes non modernes sont l'abstinence périodique, le retrait, la méthode traditionnelle ou autres.

Par la suite, l'unité d'analyse est la grossesse et toutes les grossesses survenues au cours de la vie féconde des 3230 femmes ayant été enceintes au moins une fois sont prises en compte (N=10646). Les femmes qui n'ont eu qu'une seule grossesse au cours de leur vie apparaîtront une fois dans les données. En revanche, celles qui ont été enceintes à plusieurs reprises contribueront à plusieurs observations. En supposant que le type de grossesse (désiré ou non) déclaré par la femme au moment de l'enquête reflète la réalité à la grossesse, la troisième variable dépendante « grossesse déclarée non désirée » prend la valeur 1 si la grossesse a été déclarée comme non désirée, et 0 sinon. En considérant enfin uniquement les grossesses non désirées (N = 3159), la quatrième variable dépendante, le

fait qu'une « grossesse non désirée soit interrompue par un avortement provoqué », prend la valeur 1 au cas échéant, et 0 sinon.

III.3 Variables indépendantes

Elles sont mesurées à l'enquête dans l'analyse des deux premières étapes. Plusieurs études portant sur l'avortement (Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Guillaume, 2003; Rossier *et al.*, 2007) ont modélisé le fait d'« avoir avorté au moins une fois » ou d'« avoir avorté au cours d'une période » avec des variables indépendantes qui sont recueillies au moment de l'enquête. Pourtant cela pose un problème de causalité puisque l'avortement a eu lieu avant l'enquête. Les variables indépendantes sont donc de deux niveaux pour l'analyse des deux dernières étapes ; des variables de niveau 1 qui varient dans le temps et des variables de niveau 2 qui sont constantes pour la même femme à travers le temps.

En tenant compte des populations soumises au risque à chaque étape, les modalités et les fréquences des variables retenues sont présentées dans le tableau en annexe 1 de ce chapitre. La religion, l'ethnie et la génération, variables de niveau 2, permettent de placer les femmes dans leur contexte socioculturel. Les facteurs qui varient dans le temps se rapportent au niveau d'instruction atteint, l'âge, le statut matrimonial, la parité, le nombre d'avortements précédents au moment des grossesses. Puisque c'est surtout le statut matrimonial aux âges jeunes qui semblent affecter le recours à l'avortement, nous introduisons une interaction entre l'âge et le statut matrimonial dans les analyses. Le rang de grossesse étant fortement corrélé au nombre d'enfants en vie, nous ne l'incluons pas dans les analyses multi-variées. Nous nous intéressons enfin à l'association entre l'utilisation de la contraception avant les grossesses et le recours à l'avortement.

III.4 Méthodes

Nous modélisons tout d'abord la probabilité de la première étape, être à risque de grossesse, à partir des régressions logistiques binomiales. Le modèle logit s'écrit (Rabe-Hesketh et Skrondal, 2008: p.232) :

$$\text{Logit}\,(\pi_i = 1) = \beta_0 + \beta_1 X_i \qquad (1)$$

π_i est la probabilité que la femme i soit à risque de grossesse. X représente la matrice des variables indépendantes. Les paramètres $\beta_0$et β_1 sont estimés en maximisant la fonction de vraisemblance. Pour la deuxième étape, la probabilité d'utiliser une méthode contraceptive est modélisée grâce à des régressions logistiques multinomiales non ordonnées. Ces régressions modélisent la probabilité d'utiliser soit une méthode moderne, soit une méthode non moderne, versus ne rien utiliser qui est la catégorie de référence. Le modèle s'estime suivant la même procédure que le logit simple, c'est-à-dire en maximisant la fonction de vraisemblance, mais, il suppose une indépendance des termes d'erreurs à travers les catégories de la variable (Kennedy, 2003). Nous utilisons l'option « cluster » du logiciel Stata afin de calculer des erreurs-types robustes à des corrélations dans le terme d'erreur des régressions puisque plusieurs femmes ont été enquêtées dans un même quartier.

Nous modélisons par la suite les probabilités des deux dernières étapes (grossesse non désirée, interruption d'une grossesse non désirée) en utilisant des régressions logistiques multi-niveaux à effets aléatoires puisque la femme a pu avoir plusieurs grossesses ou plusieurs grossesses non désirées. Ces modèles, réalisés avec la commande « xtlogit » du logiciel Stata, ont l'avantage d'estimer correctement les erreurs-types des variables du niveau supérieur (femme) et d'ajuster les erreurs corrélées pour les grossesses de la même femme. Le modèle s'écrit (Rabe-Hesketh et Skrondal, 2008: p.247) :

$$\text{Logit}\left(\pi_{ij} = 1\right) = \left(\beta_0 + \zeta_i\right) + \beta_1 X_{ij} + \beta_2 Z_i \qquad (2)$$

π_{ij} est la probabilité que la femme i déclare la grossesse j non désirée, ou la probabilité que la femme i interrompe la grossesse non désirée j. X représente la matrice des variables indépendantes mesurées à chaque grossesse et Z les variables fixes. La constante aléatoire ζ_i prend en compte l'hétérogénéité non observée, c'est-à-dire les caractéristiques omises qui varient d'une femme à l'autre, mais qui sont fixes selon les grossesses de la même femme. Les résultats sont surtout présentés sous forme de rapport de chances. Un rapport de chances supérieur à 1 signifie que les personnes ayant la modalité considérée sont plus susceptibles de connaître l'événement examiné que celles ayant la modalité de référence, toutes choses égales par ailleurs. Un rapport compris entre 0 et 1 indique l'effet inverse.

IV. Résultats

IV.1 Profil des enquêtées ayant déjà avorté

Les données montrent que le recours à l'avortement provoqué est assez prévalent à Lomé. Parmi les 3230 enquêtées qui ont été enceintes au moins une fois ou l'étaient au moment de l'enquête, 32 % ont en effet déclaré avoir déjà eu recours à un avortement. Une proportion non négligeable des femmes ayant avorté ont eu des avortements répétés ; 24,7 % ont eu recours à deux avortements et 9,7 % en ont eu plus de deux. Plus de 43 % des enquêtées ont aussi déclaré connaître une parente ou amie qui avait déjà avorté ; soit 56 % des femmes ayant elles aussi avorté et 40 % de celles qui n'ont jamais avorté (annexe 2 de ce chapitre).

Tel que présenté dans le tableau en annexe 2 de ce chapitre, près de 45 % des femmes ayant déjà avorté étaient âgées de 25-34 ans et 32 %, de plus de 35 ans au moment de l'enquête. Parmi ces femmes, 58 % étaient mariées alors que 25 % étaient toujours célibataires. Une proportion importante d'entre elles étaient instruites (85 %), c'est-à-dire avaient atteint au moins un niveau d'instruction primaire, avaient eu plus de deux grossesses (63 %) ou avaient au moins un enfant en vie (70 %). Dans le même temps, environ 24 % des femmes qui ont eu recours à au moins un avortement utilisaient une contraception moderne à l'enquête alors que ce pourcentage est de 18,7 % pour l'ensemble des femmes. L'âge médian aux premiers rapports sexuels est un peu plus faible chez les femmes qui ont déjà avorté que chez les autres (17,3 contre 17,9 ans). Pourtant, l'âge médian à la première union y est plus élevé (22 contre 21,1 ans). Peut-être que ces femmes ont été plus exposées au risque de grossesse, surtout prénuptiale, à cause de leur mise en union plus tardive que le reste de la population. Ce qui nous amène à examiner l'association entre les caractéristiques des femmes et les différentes étapes les conduisant à un éventuel avortement.

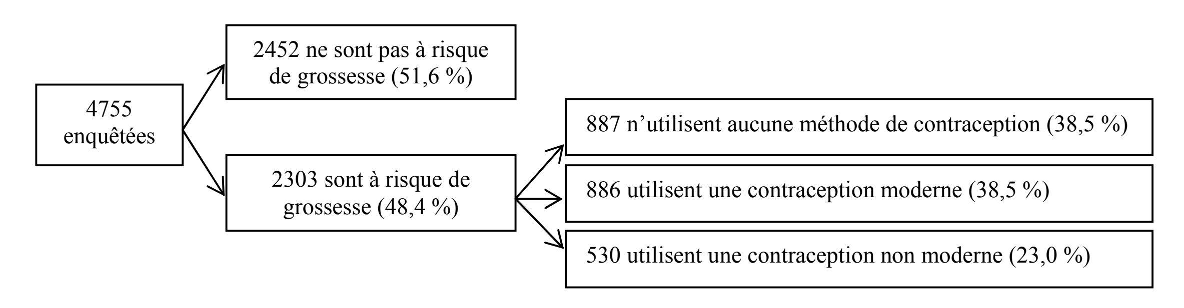
IV.2 Les deux premières étapes de la séquence

- *Être à risque de grossesse*

Parmi les 4755 enquêtées, 48,4 % étaient à risque de tomber enceinte au moment de l'enquête (schéma 4.1). Ces femmes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête alors qu'elles n'étaient pas enceintes, n'allaitaient pas, n'étaient

ni stériles, ni ménopausées. Même si un mois semble être assez court comme période de référence pour évaluer le fait d'être sexuellement active ou non, ce sont ces 2303 femmes à risque de grossesse qui étaient effectivement à risque d'utiliser une contraception.

Schéma 4.1 : Répartition des femmes selon qu'elles sont à risque de grossesse, qu'elles utilisent ou non une méthode contraceptive



Source : EPAP, URD-OMS, 2002

- *Pratique contraceptive*

Bien qu'il ait été signalé que l'utilisation des contraceptions modernes est encore faible au Togo (Vignikin, 2007), nos résultats montrent qu'environ 42 % des femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir utilisé une méthode moderne de contraception par le passé. Au moment de l'enquête, près de 38,5 % des femmes qui étaient à risque de tomber enceinte[25] et qui auraient pu avoir besoin de contraception utilisaient une méthode contraceptive moderne, alors que 23 % d'entre elles utilisaient une méthode non moderne, et 38,5 % n'en utilisaient aucune (schéma 4.1). L'utilisation des méthodes modernes de contraception étant très différente selon les groupes de femmes, elle est nettement plus élevée chez les plus jeunes, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-24 ans (57,5 %), et chez les célibataires (63,8 %).

La plupart des femmes qui utilisaient une méthode contraceptive moderne à l'enquête se sont procurées la méthode soit à travers leur partenaire (36 %), soit auprès d'une pharmacie (20 %) ou d'une formation sanitaire (19 %). La méthode la plus utilisée était en effet le

[25] Les femmes exposées à une grossesse sont des femmes sexuellement actives au moment de l'enquête, mais qui n'allaitaient pas, qui n'étaient ni stériles, ni ménopausées.

préservatif masculin (67 %) qui est souvent payé par le partenaire. Les deux autres méthodes fréquemment utilisées étaient l'injection (13 %) et la pilule (9 %) qui sont souvent payées par la femme elle-même. Ces résultats sont cohérents avec ceux de *l'Enquête sur la famille, les migrations et l'urbanisation au Togo* de 2000, qui ont montré que la plupart des femmes à Lomé avaient également déclaré utiliser le préservatif masculin et l'injection, suivis de la pilule et du dispositif intra-utérin (URD et DGSCN, 2001). En plus de sa participation financière à l'acquisition, le partenaire est souvent mis au courant (96 % des utilisatrices d'une contraception moderne ont déclaré que leur partenaire était au courant de l'utilisation) et approuve l'utilisation de la contraception par la femme (85 %).

Malgré ce niveau relativement élevé d'utilisation de la contraception moderne, notamment parmi les célibataires et les jeunes, il existe un fort pourcentage de grossesse non désirée : environ 58 % des femmes ayant été enceintes au moins une fois ont déclaré avoir déjà eu une grossesse non désirée, ce qui suggère qu'il y a probablement encore des « besoins non satisfaits » importants en matière de contraception et de planification familiale à Lomé. Les femmes à risque de grossesse mais qui n'utilisaient aucune contraception au moment de l'enquête (887) ont principalement justifié cette absence de pratique par le fait qu'elles souhaitaient avoir un enfant (51,8 %), par l'opposition du partenaire (10,6 %) ou leur propre opposition à la contraception (8,7 %), parce qu'elles pensaient que la contraception est « mauvaise pour la santé » (6,9 %) ou par le manque d'informations (6 %).

- *Facteurs associés à ces deux premières étapes*

Le tableau 4.1 présente les résultats des régressions de la probabilité qu'une femme soit à risque de grossesse (colonnes 2-3), qu'elle utilise une méthode contraceptive (moderne ou autre, versus ne pas en utiliser), sachant qu'elle est à risque de tomber enceinte (colonnes 4-7). Les modèles 1 contiennent les variables socioculturelles et individuelles. Les effets de ces variables changent peu dans les modèles 2 qui ajoutent aux modèles 1 l'interaction entre l'âge et le statut matrimonial.

Les résultats révèlent que toutes les variables considérées sont significativement associées aux deux premières étapes de la séquence menant à l'avortement. Les femmes de tout autre groupe ethnique du Togo étaient plus susceptibles d'être à risque de grossesse et d'utiliser

une contraception moderne au moment de l'enquête que les Adja-éwé, ethnie majoritaire à Lomé. Par contre, il est moins probable que les femmes appartenant à d'autres religions, principalement chrétiennes[26], soient à risque de tomber enceinte, comparativement aux catholiques. En plus de ces femmes, celles qui appartiennent à toutes les autres religions sont aussi moins susceptibles que les catholiques, d'utiliser une méthode contraceptive moderne, toutes choses égales par ailleurs. Quant aux méthodes non modernes, les femmes qui appartiennent à la religion traditionnelle ou protestante, à l'islam ou qui n'appartiennent à aucune religion sont moins enclines à les utiliser que les catholiques.

Tel qu'exposé dans le tableau 4.1, l'exposition au risque de grossesse se concentre entre 20 et 30 ans, mais est moindre avant 20 ans et chez les femmes qui ne sont pas en union. La chance d'utiliser une méthode moderne est plus élevée chez toute femme âgée de moins de 30 ans (moins de 25 ans pour une méthode non moderne), et la chance d'utiliser l'une ou l'autre est élevée chez les femmes non en union. Toutefois, l'âge et le statut matrimonial influencent ces événements de façon interactive. Ainsi, d'après les rapports de chances recalculés en tenant compte des interactions, les femmes âgées de 20-35 ans qui ne sont pas en union sont en réalité plus susceptibles que celles âgées de plus de 35 ans en union, d'être à risque de grossesse, toutes choses égales par ailleurs (tableau 4.2). Comparées à ces dernières, les femmes de moins de 30 ans qui ne sont pas en union et celles âgées de 20-24 ans en union sont plus enclines à utiliser une contraception, moderne ou non. Par contre, les plus jeunes, âgées de 15-19 ans, en union et les femmes de plus de 35 ans non en union sont moins susceptibles que celles de plus de 35 ans en union, d'être à risque de grossesse, mais elles sont plus susceptibles d'utiliser une contraception, principalement moderne.

Par ailleurs, le risque d'exposition à une grossesse augmente avec le niveau d'instruction. Néanmoins, comparées à celles qui n'ont aucun niveau, seules les femmes qui ont au moins un niveau secondaire sont trois fois plus aptes à utiliser une contraception moderne et deux plus aptes à utiliser une méthode non moderne. Celles ayant le niveau primaire sont plus enclines à n'utiliser que des contraceptions non modernes. En dernier lieu, les résultats des

---

[26] Elles regroupent dans cette étude les - Adventiste du 7ème jour - Aladoura - Aller les chercher - Amis du Christ – Apostolique – Brotherwood - Christianisme céleste - Église la vie profonde - Église Maison du Christ - Jésus Reviendra - La renaissance - Ministère de la foi agissante - Ministère de la foi chrétienne - Nouvelle alliance apostolique – Pentecôtiste – et les Saints de Dieu.

analyses multi-variées montrent que le fait d'avoir au moins un enfant en vie diminue les chances d'être à risque de grossesse, mais augmente la chance d'utiliser une contraception, moderne ou non, par rapport au fait de ne pas en avoir, toutes choses égales par ailleurs.

Tableau 4.1 : Régressions logistiques de la probabilité d'être à risque de grossesse et de la probabilité d'utiliser une contraception (moderne ou autre, versus ne pas en utiliser)

Variables Modalités	P (être à risque de grossesse) Rapport de chances		P (utiliser une contraception) Rapport de risques relatifs			
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1		Modèle 2	
			Moderne	Autre	Moderne	Autre
Caractéristiques socioculturelles						
Ethnie						
Adja-éwé (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*
Kabyè-tem	1,22*	1,21*	1,49*	1,30	1,52*	1,32
Autres togolaises	1,27*	1,27*	1,44*	1,16	1,49*	1,18
Étrangères	1,09	1,11	1,20	0,77	1,23	0,79
Religion						
Catholique (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*
Traditionnelle [a]	1,04	1,02	0,51**	0,34*	0,51**	0,35*
Protestante	1,15	1,15	0,66*	0,70*	0,65*	0,69*
Islamique	0,98	0,99	0,39***	0,59*	0,39***	0,59*
Autres [b]	0,78**	0,77**	0,70**	0,94	0,69**	0,93
Aucune	0,99	1,00	0,42***	0,38***	0,43**	0,39***
Caractéristiques individuelles						
Âge (en années)						
35 - 49 (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*
30 - 34	1,10	0,95	1,31	1,00	1,35	1,04
25 - 29	1,21*	1,03	1,85**	1,19	1,54	1,08
20 - 24	1,29*	0,86	5,10***	2,50***	3,56***	1,80*
15 - 19	0,51***	0,38***	8,93***	4,07***	10,24***	0,67
Statut matrimonial						
En union (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*
Pas en union	0,36***	0,16***	10,30***	6,54***	3,46**	2,35*
Interaction âge*statut matrimonial						
35 - 49 et en union (réf)		*1*			*1*	*1*
30 - 34 et pas en union		2,50***			1,49	1,28
25 – 29 et pas en union		2,65***			4,46**	3,57**
20 – 24 et pas en union		3,92***			5,74**	5,54**
15 – 19 et pas en union		3,09***			2,71	20,10*
Niveau d'instruction						
Aucun niveau (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*
Niveau primaire	1,51***	1,53***	1,34	1,46*	1,35	1,47*
Niveau secondaire et supérieur	1,75***	1,75***	3,11***	2,40***	3,13***	2,42***
Nombre d'enfants en vie						
0 (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*
1	0,45***	0,56***	2,64***	3,45***	3,31***	4,62***
2 enfants ou plus	0,46***	0,55***	9,58***	11,43***	10,75***	13,24***
Probabilités moyennes prédites	0,484	0,484	0,385	0,230	0,385	0,230
Nombre de femmes	4755	4755	2303	2303	2303	2303
Nombre de quartiers	66	66	66	66	66	66
Log Pseudolikelihood	-3121,92	-3102,83	-2104,32	-2104,32	-2090,02	-2090,02
Test de Wald (significativité conjointe des interactions)		P = 0,0000			P = 0,0008	P = 0,0016

Source : EPAP, URD-OMS, 2002
[a] *Animisme, Vaudou*
[b] *Principalement d'autres religions chrétiennes*
*Niveaux de significativité des rapports de chances (*** significatif à p<0.001, ** à p<0.01, * à p<0.05)*
Étant donné que plusieurs femmes ont été enquêtées dans un même quartier, l'option « cluster » de Stata a été utilisée afin d'obtenir des erreurs types robustes (clustered sandwich estimator).

Tableau 4.2 : Rapport de chances recalculé suite à l'interaction entre l'âge et le statut matrimonial (effet de l'âge selon le statut matrimonial)

	P (à risque de grossesse)		P (utiliser une contraception moderne)		P (utiliser une autre contraception)	
Âge (en années)	Statut matrimonial		Statut matrimonial		Statut matrimonial	
	En union	Pas en union	En union	Pas en union	En union	Pas en union
35-49	*1 (réf)*	0,16***	*1 (réf)*	3,46**	*1 (réf)*	2,35*
30-34	0,95	2,38***	1,35	2,00	1,04	1,32
25-29	1,03	2,74***	1,54	6,84***	1,08	3,85**
20-24	0,86	3,38***	3,56***	20,44***	1,80*	9,96***
15-19	0,38***	1,18	10,24***	27,79***	0,67	13,54***
	P (grossesse soit non désirée)					
30-49	*1 (réf)*	7,62***				
25-29	0,80*	2,23				
20-24	1,60***	3,84***				
11-19	4,42***	8,93***				

Source : EPAP, URD-OMS, 2002
*** S*ignificatif à* $p<0.001$, ** *à* $p<0.01$, * *à* $p<0.05$

En définitive, les risques sont élevés lors des deux premières étapes de la séquence pour des femmes d'ethnie autre que adja-éwé, catholiques, instruites, âgées de 20-29 ans qui ne sont pas en union, alors qu'ils sont moindres pour les femmes appartenant aux religions de type « pentecôtiste ». Les femmes âgées de plus de 35 ans non en union, et celles qui ont débuté leur vie féconde ont un moindre risque lors de la première étape mais sont plus susceptibles d'utiliser une contraception, moderne ou non.

IV.3 Les deux dernières étapes de la séquence

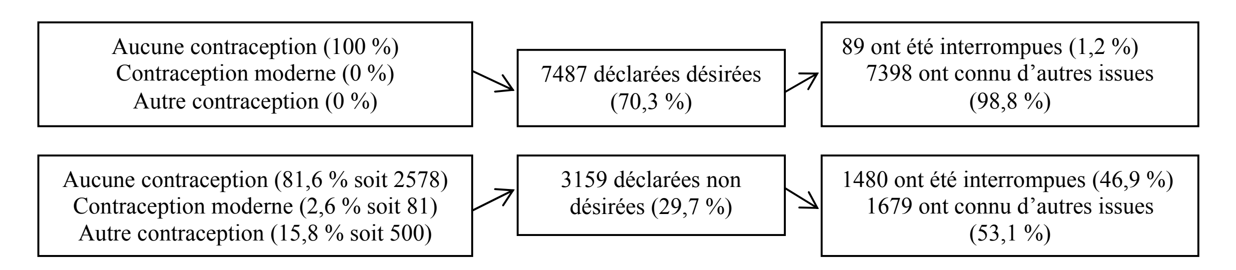
- *Grossesses déclarées non désirées et recours à l'avortement*

En considérant toute la vie féconde des 3230 femmes qui ont été enceintes au moins une fois, un total de 10646 grossesses a été recensé dont 7487 (70 %) ont été déclarées comme désirées (schéma 4.2). Même si certaines grossesses désirées peuvent être avortées, les femmes en ont interrompu 89 (soit 1,2 %). En revanche, parmi les 3159 grossesses non désirées, 1480 (soit 47 %) ont abouti à un avortement provoqué. Les grossesses interrompues représentent ainsi 15 % de l'ensemble des grossesses. La quasi-totalité (94 %) des grossesses interrompues étant non désirée, le caractère « non désiré » des grossesses semble pousser de façon primordiale les femmes à aller jusqu'au bout de l'avortement.

La survenue d'une grossesse non désirée est habituellement précédée d'une utilisation ou non de contraception. Plus de 8 grossesses non désirées sur 10 sont survenues pendant que la femme n'utilisait aucune contraception, et près de 16 % ont été précédées d'utilisation d'une contraception non moderne (schéma 4.2). Seules 2,6 % de ces grossesses étaient

imputables à un échec ou à une discontinuité dans l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne. Les femmes qui en utilisaient ont expliqué la survenue de la grossesse par une mauvaise utilisation (35,8 %), un oubli (24,7 %) ou un arrêt de la contraception (23,5 %). Tout comme dans les situations de survenue d'une grossesse non désirée, le recours à l'avortement semble être souvent précédé d'une absence de pratique contraceptive moderne car plus de 78 % des 1569 grossesses interrompues n'ont pas été précédées d'une utilisation de contraception, et seulement 3 % ont été précédées de pratique contraceptive moderne.

Schéma 4.2 : Répartition des grossesses selon l'utilisation ou non de contraception avant les grossesses, qu'elles ont été déclarées désirées ou non, qu'elles ont été interrompues ou non



Source : EPAP, URD-OMS, 2002

- *Facteurs associés à ces deux dernières étapes*

Le tableau 4.3 présente les résultats des régressions logistiques multi-niveaux de la probabilité qu'une grossesse contractée soit déclarée comme non désirée (colonnes 2-4), ou qu'une grossesse non désirée soit interrompue par un avortement (colonnes 5-8). Plusieurs modèles sont estimés ici aussi. Les effets des variables de niveau 1 changent peu dans les modèles 2, révélant que les modèles ont globalement bien pris en compte la corrélation entre les grossesses d'une même femme. Le modèle 3, estimé uniquement pour la dernière étape de la séquence, examine l'association entre la pratique contraceptive (toutes méthodes confondues) et le recours à l'avortement. En effet, très peu de grossesses déclarées non désirées sont survenues suite à un échec de contraception moderne et la prévalence des méthodes non moderne est nettement plus élevée que celle des méthodes modernes (schéma 4.2). En conséquence, la variable « pratique contraceptive » traduit principalement, dans cette partie, l'utilisation ou non des méthodes non modernes qui ont un haut risque d'échec. Les modèles 4 incluent l'interaction entre l'âge et le statut matrimonial.

D’après les analyses, l’affiliation religieuse et la génération sont associées aux deux probabilités considérées, mais l’ethnie n’est associée qu’au fait d’interrompre une grossesse non désirée. Ainsi, une fois qu’une grossesse non désirée survient, elle est plus susceptible d’être interrompue par un avortement chez les femmes kabyè-tem que chez les adja-éwé, toutes choses égales par ailleurs. Les femmes appartenant à une religion traditionnelle ou à l’islam sont moins susceptibles que les catholiques, de déclarer une grossesse qui survient comme étant « non désirée » et aussi d’interrompre la grossesse non désirée. En plus de ces femmes, celles qui n’appartiennent à aucune religion sont aussi moins enclines à déclarer une grossesse comme étant « non désirée », alors qu’il est plus probable que les femmes appartenant à d’autres religions chrétiennes la déclarent, comparativement aux catholiques. Les femmes âgées de 15-24 ans ou de 25-34 ans à l’enquête (nées après 1967), quant à elles, sont généralement plus susceptibles que leurs aînées nées avant 1967, de déclarer une grossesse comme étant « non désirée » et également de l’interrompre.

En outre, les grossesses qui surviennent avant l’âge de 25 ans sont plus enclines à être déclarées comme non désirées, comparativement à celles qui surviennent après 30 ans. Bien que le mariage ne soit plus le seul cadre de procréation à Lomé (Thiriat, 1998), les femmes qui ne sont pas en union sont nettement plus susceptibles que celles en union, de considérer une grossesse comme étant non désirée (colonnes 2-3). La prise en compte de l’interaction entre l’âge et le statut matrimonial révèle que les grossesses survenant après 30 ans hors union sont aussi plus susceptibles que celles survenant après 30 ans dans l’union, d’être non désirées, toutes choses égales par ailleurs (tableau 4.2). Par contre, celles qui surviennent quand la femme est âgée de 25-29 ans et en union sont moins enclines à être non désirées. Plusieurs grossesses non désirées surviennent aux âges jeunes, toutefois, ce sont surtout les prénuptiales non désirées qui sont à risque d’être interrompues (colonnes 5-8).

Les résultats montrent également qu’il est plus probable que les femmes instruites déclarent une grossesse comme non désirée et aussi interrompent la grossesse non désirée, comparées à celles qui n’ont aucun niveau. Pendant que le risque qu’ont les femmes ayant au moins deux enfants de considérer une grossesse comme non désirée est plus élevé que le risque encouru par les nullipares, le risque d’avorter augmente fortement au fur et à mesure que la parité augmente.

Tableau 4.3 : Régressions logistiques multi-niveaux à effets aléatoires (rapport de chances) de la probabilité qu'une grossesse soit déclarée comme non désirée, et de la probabilité qu'une grossesse non désirée soit interrompue par un avortement

Variables Modalités	P (grossesse soit déclarée non désirée)			P (grossesse non désirée soit interrompue)			
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 4	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Caractéristiques fixes à travers le temps							
Ethnie							
Adja-éwé (réf)		*1*	*1*		*1*	*1*	*1*
Kabyè-tem		0,92	0,92		1,71**	1,69**	1,69**
Autres togolaises		0,92	0,92		1,25	1,25	1,25
Étrangères		0,97	0,97		0,99	0,99	0,99
Religion							
Catholique (réf)		*1*	*1*		*1*	*1*	*1*
Traditionnelle [a]		0,68*	0,68*		0,37***	0,37***	0,38**
Protestante		0,91	0,91		1,27	1,26	1,26
Islamique		0,27***	0,27***		0,46*	0,46*	0,45*
Autres [b]		1,35*	1,35*		0,84	0,85	0,85
Aucune		0,67*	0,68*		0,69	0,71	0,72
Génération							
G 1952-1967 (35-49 ans) (réf)		*1*	*1*		*1*	*1*	*1*
G 1967-1977 (25-34 ans)		2,00***	2,00***		1,74***	1,70***	1,70***
G 1977-1987 (15-24 ans)		4,11***	4,12***		2,35***	2,26***	2,27***
Caractéristiques variant dans le temps							
Âge à la grossesse (en années)							
30 - 49 (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*
25 - 29	0,93	0,85	0,80*	1,10	1,00	1,03	0,93
20 - 24	1,99***	1,67***	1,60***	1,10	0,91	0,94	0,91
11 - 19	5,32***	4,32***	4,42***	0,69	0,56*	0,58*	0,58
Statut matrimonial							
En union (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*
Pas en union	18,54***	16,67***	7,62***	12,54***	12,12***	11,98***	5,12*
Interaction âge*statut matrimonial							
30 - 49 et en union (réf)			*1*				*1*
25 - 29 et pas en union			2,79*				3,13
20 - 24 et pas en union			2,39*				2,38
11 - 19 et pas en union			2,02				2,36
Niveau d'instruction							
Aucun niveau (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*
Niveau primaire	1,75***	1,29*	1,29*	1,96***	1,53*	1,52*	1,52*
Niveau secondaire et supérieur	2,04***	1,64***	1,64***	3,33***	2,58***	2,48***	2,48***
Nombre d'enfants en vie							
0 (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*
1	0,95	1,00	1,03	5,88***	6,30***	6,31***	6,57***
2 enfants ou plus	2,00***	2,21***	2,27***	10,73***	12,78***	12,71***	13,36***
Nombre d'avortements précédents							
0 (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*
1	1,27*	1,14	1,14	1,77***	1,67**	1,65**	1,65**
2 avortements ou plus	0,89	0,78	0,78	0,98	0,89	0,89	0,89
Pratique contraceptive							
Aucune méthode (réf)						*1*	*1*
Toutes méthodes confondues de contraceptions						1,53**	1,52**
Probabilités moyennes prédites	0,257	0,255	0,255	0,467	0,464	0,463	0,464
Écart-type de la constance aléatoire	1,60	1,56	1,56	1,39	1,38	1,37	1,37
Corrélation des résidus intra-class	0,44***	0,42***	0,42***	0,37***	0,37***	0,36***	0,36***
Nombre d'observations	10646	10646	10646	3159	3159	3159	3159
Nombre de femmes	3230	3230	3230	1877	1877	1877	1877
Log Pseudolikelihood	-4815,58	-4721,15	-4717,98	-1852,56	-1824,13	-1819,79	-1818,51
Test de Wald (significativité conjointe des variables ajoutées au modèle)		P = 0,0000	P = 0,0971		P = 0,0000	P = 0,0036	P = 0,4506

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

[a] Animisme, Vaudou

[b] Principalement d'autres religions chrétiennes

*Niveaux de significativité des rapports de chances (*** significatif à $p<0.001$, ** à $p<0.01$, * à $p<0.05$)*

Enfin, les femmes qui ont eu recours à exactement un avortement sont 1,7 fois plus susceptibles que celles qui n'ont jamais avorté, d'interrompre volontairement une grossesse non désirée. Un second avortement serait ainsi presque éminent. En dernier lieu, les femmes qui utilisaient une contraception (toutes méthodes confondues) avant la survenue de la grossesse non désirée ont significativement 1,5 fois plus de chance que celles qui n'en utilisaient aucune, de l'interrompre (colonnes 7 et 8).

En somme, les femmes des jeunes générations, instruites, celles qui ont au moins deux enfants en vie, ou qui ne sont pas en union excepté celles qui sont âgées de 25-29 ans, ont des risques élevés lors des deux dernières étapes de la séquence. En revanche, les femmes appartenant aux religions traditionnelle ou islamique y ont de moindres risques.

Discussion et conclusion

Cette étude visait à faire ressortir les facteurs démographiques et socio-économiques qui sont associés au recours à l'avortement et aux étapes antérieures à l'avortement à Lomé, à savoir, l'exposition au risque de grossesse, la pratique contraceptive et la considération d'une grossesse comme « non désirée ». En s'appuyant sur les données de l'EPAP, réalisée en 2002, les résultats montrent que la pratique contraceptive moderne demeure modérée (38,5 %) parmi les femmes à risque de grossesse à l'enquête. Les méthodes non modernes demeurent également très utilisées (23 %). Tout comme à Abidjan en 1997 (Desgrees Du Loû *et al.*, 1999) et à Yaoundé en 1997 (Calvès, 2002), le recours à l'avortement est élevé à Lomé puisque environ 32 % des enquêtées ayant déjà été enceintes ont eu recours à au moins un avortement. Aussi, presque 30 % des grossesses recensées auprès des enquêtées ont été déclarées « non désirées », et près de la moitié de ces dernières (47 %) ont été interrompues par un avortement provoqué. Enfin, la majorité (82 %) des grossesses non désirées, 78 % des grossesses interrompues, ont été contractées en l'absence d'une pratique contraceptive, en particulier moderne. Ces résultats suggèrent, à l'instar de ceux d'une étude réalisée en milieu rural burkinabé (Ouédraogo et Pictet, 2001), que l'avortement serait une option un peu plus souvent choisie comparativement à la contraception (surtout moderne). En effet, la séquence des comportements conduisant au recours à l'avortement

passerait, principalement, par une absence de pratique contraceptive et par la survenue de grossesses déclarées comme étant non désirées.

Pourtant, les données de l'Enquête sur *l'analyse de la situation en santé de la reproduction (AS/SR) au Togo* de 2003 avaient dévoilé que les contraceptions étaient souvent disponibles dans les formations sanitaires de Lomé (URD, 2004b). Plusieurs enquêtées à risque de grossesse au moment de l'EPAP ont, entre autres, justifié l'absence d'utilisation par l'opposition du partenaire ou leur propre opposition à la contraception, la peur de l'effet des contraceptions sur la santé et le manque d'informations. Ces résultats confirment ceux d'une étude selon lesquels la peur des effets secondaires ou des conséquences sanitaires des contraceptions justifiaient souvent l'absence de pratique contraceptive chez les femmes de plusieurs pays africains, en dehors du fait qu'elles ne croyaient pas être à risque de tomber enceinte (Sedgh *et al.*, 2007b). Une autre étude a montré que, malgré le niveau élevé de connaissance contraceptive chez des hommes ayant accompagné leur partenaire dans un hôpital de Dar es Salam (Tanzanie) à la suite d'un avortement incomplet, la peur des effets secondaires était la principale raison d'absence de pratique contraceptive (Rasch et Lyaruu, 2005). Il serait alors utile de renforcer la connaissance des femmes et des couples sur les méthodes contraceptives ainsi que sur leurs éventuels effets secondaires réels, afin d'en accroître l'utilisation et de prévenir les grossesses non désirées.

Plus de 94 % des grossesses interrompues avaient été déclarées par les enquêtées elles-mêmes comme étant « non désirées ». Bien que des grossesses préalablement désirées peuvent être interrompues pour des raisons de santé maternelle, de malformation du fœtus ou quand de tierces personnes interviennent dans la prise de décision (Elul, 2004), seules 1,2 % des grossesses dites « désirées » avaient été interrompues. Toutefois, le fait que la grossesse ait été déclarée comme « désirée » ou « non désirée » à postériori constitue une limite car plusieurs femmes pourraient être réticentes à déclarer comme « non désirée » une grossesse qui a abouti à une naissance vivante. Selon nos données, près de 19 % des grossesses ayant abouti à des naissances vivantes étaient considérées comme non désirées. Ces grossesses menées à terme ont pu être voulues mais non planifiées, plutôt que non désirées. Le terme « non désiré » semble ainsi refléter autant des grossesses effectivement non désirées, des grossesses désirées mais non planifiées, que des grossesses désirées mais

socialement stigmatisées. Une étude réalisée dans le contexte britannique a d'ailleurs montré que les femmes comprennent et interprètent les termes « non désiré », « non planifié » ou « non intentionnel » de diverses manières (Barrett et Wellings, 2002). D'où l'intérêt de distinguer ces situations avec précision dans les enquêtes et programmes, et de mieux adapter les termes aux contextes à forte pression sociale, à forte considération pour la procréation ou à faible prévalence contraceptive. Une moindre stigmatisation sociale des grossesses issues de relations « reprouvées » par les normes et, surtout, un soutien de l'entourage dans ces situations pourraient aider les femmes à avoir une autre vision de leur grossesse et à limiter leur recours aux avortements risqués.

Les résultats montrent que le risque d'avorter est élevé chez les femmes d'ethnie Kabyè-tem, des générations jeunes, catholiques, non en union au moment de la grossesse, mais instruites, avec au moins un enfant en vie, ayant déjà avorté ou utilisant une contraception, principalement, non moderne. À l'exception de la religion, du statut matrimonial, du niveau d'instruction et de la parité qui sont associés aux quatre étapes de la séquence considérées dans les analyses, les autres variables sont uniquement associées à certaines étapes. Même si la religiosité reflète mieux la fréquence d'assistance aux services religieux et l'adhérence aux points de vue des religions (Mundigo, 2006), on s'attendait à ce que le risque d'avorter soit moins élevé chez les musulmanes. En confirmant cela, nous montrons que ces femmes et celles de religion traditionnelle sont moins susceptibles que les catholiques, d'utiliser une contraception, moderne ou non, de déclarer une grossesse comme étant « non désirée » et d'avorter. Ces résultats peuvent être liés au fait que l'islam et la religion traditionnelle autorisent la polygynie et une nuptialité précoce (Kuate-Defo, 2000), et que les femmes appartenant à ces religions poursuivraient plus souvent leur grossesse[27]. Néanmoins, contre toute attente, les femmes appartenant aux nouvelles églises de type « évangélique » sont plus enclines que les catholiques à déclarer une grossesse comme non désirée, alors qu'elles étaient moins à risque de grossesse et moins aptes à utiliser une contraception moderne.

À l'instar d'études récentes (Ahiadeke, 2001; Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Guillaume, 2003), les résultats révèlent que plusieurs grossesses non désirées surviennent aux âges

---

[27] Peut-être à cause d'une compétition entre coépouses ou afin d'avoir leur statut social qui dépend du nombre d'enfants mis au monde.

jeunes (surtout avant 25 ans). Toutefois, c'est principalement le caractère « hors union » de la grossesse qui fait qu'elle est interrompue. Pourtant, les femmes âgées de 20-29 ans qui ne sont pas en union ont également des chances élevées d'être à risque de grossesse. Ces mêmes femmes et celles de plus de 35 ans non en union sont aussi plus susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive, moderne ou non.

À défaut de déceler l'effet du fait d'être en cours de scolarité (Calvès, 2002) ou de l'activité économique (Ahiadeke, 2001) sur le recours à l'avortement, les résultats de la présente étude confirment ceux des études antérieures (Ahiadeke, 2001; Desgrees Du Loû *et al.*, 1999; Guillaume, 2003; Vignikin, 2007). Ils montrent en plus que le risque élevé d'avorter attendu chez les femmes instruites découle en fait de leur risque élevé d'être exposées à une grossesse, d'utiliser la contraception, surtout moderne, de déclarer une grossesse comme non désirée et d'interrompre cette dernière. Ce résultat est davantage valable pour les femmes qui ont un niveau d'instruction du secondaire ou plus, et suggère une forte motivation des femmes plus instruites à réguler leur fécondité (Okonofua *et al.*, 1999).

En étant moins à risque de grossesse, les femmes qui ont au moins un enfant en vie sont plus aptes à utiliser une contraception, moderne ou non, et à avorter, alors que seules celles qui ont au moins deux enfants sont plus susceptibles que les nullipares, de déclarer une grossesse comme non désirée. Les femmes qui ont débuté leur vie féconde semblent vouloir la réguler et utilisent l'avortement pour espacer et/ou limiter les naissances (Calvès, 2002; Desgrees Du Loû *et al.*, 1999). Par ailleurs, les femmes qui utilisent une contraception ont un désir élevé d'éviter la survenue d'une grossesse. Mais, elles semblent avoir souvent utilisé des méthodes non modernes de contraception, qui ont un haut risque d'échec. De la sorte, et tel que présumé, une moindre efficacité, une mauvaise utilisation ou un échec de la méthode utilisée augmente le risque d'interrompre une grossesse non désirée. Néanmoins, cet effet est à prendre avec précaution à cause de la coexistence de l'avortement et de la contraception (Amétépé et Béguy, 2004; Guillaume et Desgrees Du Loû, 2002), et du fait que la variable contraception est susceptible d'être endogène.[28] Le risque de recourir à un deuxième avortement étant en même temps élevé, le renforcement des conseils visant

[28] Il existerait une causalité inverse entre l'utilisation d'une contraception et le recours à l'avortement. L'effet de cette variable sur le recours à l'avortement pourrait être surestimé (biaisé vers le haut).

l'adoption, une meilleure utilisation des contraceptions après les accouchements et les avortements, serait utile pour réduire les avortements répétés et l'utilisation de l'avortement comme moyen d'espacement et de limitation des naissances.

L'ethnie est uniquement associée à certaines étapes de la séquence menant à l'avortement. Bien que l'appartenance à une ethnie ne soit pas toujours synonyme d'une adoption totale de ses normes, les femmes kabyè-tem sont plus susceptibles que les Adja-éwé de recourir à un avortement dans des situations de grossesse non désirée. En outre, contrairement à une étude qui a montré que ces femmes kabyè-tem étaient moins aptes que les Adja-éwé, à utiliser des contraceptions modernes (Gage, 1995), nos résultats révèlent que les chances d'exposition à une grossesse et de pratique contraceptive moderne sont plutôt élevées parmi toutes les togolaises qui sont distinctes des Adja-éwé. Peut-être que certains de ces groupes ethniques du Togo, qui autorisent un amant ou la preuve de la fécondité de la fille avant le mariage contrairement aux groupes adja-éwé et kabyè-tem (Thiriat, 1998), seraient aussi plus ouverts à l'utilisation des contraceptions.

La présente étude a enfin montré que le risque présumé élevé au sein des jeunes générations est dû au fait que les chances de déclarer une grossesse comme étant « non désirée » et d'avorter augmentent au fur et à mesure que la génération est récente. Ce résultat infirme celui d'une étude qui a révélé que les femmes nigérianes âgées de 25-34 ans ou de 45 ans et plus à l'enquête étaient plus susceptibles que les moins de 25 ans, de déclarer avoir eu une grossesse non désirée (Okonofua *et al.*, 1999). La plus longue durée d'exposition au risque de grossesses prénuptiales entre l'âge à la puberté et l'entrée en union chez les jeunes filles qui chercheraient le bon moment pour devenir mères (Johnson-Hanks, 2002), le fait qu'elles soient encore à l'école et engagées dans des relations instables (Calvès, 2002), de même que leur accès difficile à la contraception et aux centres de planification familiale en Afrique (Zabin et Kiragu, 1998) expliqueraient leur risque élevé d'avorter (Olukoya, 2004). Les jeunes cacheraient aussi leur sexualité hors union, qui est souvent socialement mal vue, à leur entourage, en particulier à leurs parents dont ils craignent la réaction s'ils découvraient leur grossesse (Guillaume, 2003). Un renforcement de l'éducation sexuelle des jeunes, un meilleur accès aux contraceptions et aux informations sur leur utilisation, pourraient permettre de réduire ces risques chez les jeunes. Ainsi, comme l'ont suggéré les

auteurs de l'étude portant sur l'évaluation des programmes menés dans le centre de la jeunesse ATBEF (Association togolaise pour le bien-être familial) de Lomé, il serait également utile de créer d'autres centres afin d'accroître l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive (Speizer *et al.*, 2004).

À la lumière de ces résultats, une intervention programmatique efficace auprès des groupes qui sont à risque d'avorter devra prendre en compte leur risque aux étapes antérieures à l'avortement, à savoir, l'exposition au risque de grossesse, l'utilisation ou non d'une contraception efficace, selon que le couple souhaite ou non planifier une naissance, et la considération qui est faite des grossesses.

Annexes du chapitre 4

Annexe 1 du chapitre 4 : Statistiques descriptives des variables considérées dans les analyses

Variables / Modalités	Ensemble des femmes	Femmes à risque de grossesse		Femmes à risque qui utilisent une contraception			Grossesses déclarées non désirée		Grossesses non désirées interrompues	
		oui	non	moderne	autre	non	oui	non	oui	non
	Variables mesurées à l'enquête						*Variables fixes mesurées à l'enquête*			
Génération (âge à l'enquête)		***			***		***		***	
G 1977-1987 *(15-24 ans)*	40,1	37,0	43,1	55,3	33,6	20,7	19,1	5,6	20,5	17,9
G 1967-1977 *(25-34 ans)*	33,9	37,5	30,4	28,8	35,7	47,4	42,7	34,1	45,7	40,0
G 1952-1967 *(35-49 ans)*	26,0	25,5	26,5	15,9	30,8	31,9	38,2	60,3	33,8	42,1
Ethnie		*			*		**		**	
Adja-éwé	70,4	68,4	72,3	66,0	69,3	70,2	74,7	71,9	73,0	76,2
Kabyè-tem	12,6	13,7	11,6	15,0	14,5	11,8	10,1	12,4	11,9	8,5
Autres togolaises	9,5	10,3	8,8	11,9	10,2	8,7	8,4	8,2	9,3	7,6
Étrangères	7,5	7,7	7,3	7,1	6,0	9,2	6,8	7,6	5,8	7,7
Religion		**			***		***		***	
Catholique	43,9	44,5	43,2	54,3	46,4	33,6	41,7	35,3	45,1	38,7
Traditionnelle[a]	6,7	6,6	6,8	3,7	3,8	11,1	7,1	12,1	3,5	10,2
Protestante	12,9	14,2	11,7	13,5	14,2	14,9	13,5	12,2	16,2	11,1
Islamique	8,5	8,9	8,1	7,2	9,1	10,5	4,3	10,9	3,6	5,0
Autres [b]	20,7	18,7	22,5	16,3	21,5	19,5	25,6	19,0	25,3	25,9
Aucune	7,4	7,1	7,7	5,0	5,1	10,5	7,8	10,5	6,3	9,1
Âge aux 1ers rapports sexuels (en années)		***			***		***			
10-17	43,8	51,4	36,6	56,9	49,6	47,0	57,7	48,2	58,7	56,9
18-37	42,4	46,7	38,5	41,3	48,1	51,2	40,3	48,5	39,7	40,8
							Caractéristiques variant dans le temps			
Âge (en années)		***			***		***		***	
11 - 19	19,9	13,5	25,8	23,4	12,1	4,6	38,5	13,6	33,8	42,7
20 - 24	20,3	23,5	17,3	31,9	21,5	16,1	35,1	32,4	37,6	32,8
25 - 29	19,2	21,7	16,9	17,7	19,6	27,1	15,0	29,8	16,6	13,6
30 - 34	14,6	15,8	13,5	11,1	16,0	20,3	6,9	16,6	7,6	6,3
35 - 49	26,0	25,5	26,5	15,9	30,8	31,9	4,5	7,6	4,4	4,6
Statut matrimonial		***			***		***		***	
Célibataire	38,2	34,0	42,0	56,4	32,8	12,4	48,2	7,4	60,0	37,8
En union	54,0	61,9	46,6	39,3	63,0	83,9	50,5	92,3	37,5	61,9
Séparée, divorcée ou veuve	7,8	4,1	11,4	4,3	4,2	3,7	1,3	0,3	2,5	0,3
Niveau d'instruction		***			***		***		***	
Aucun niveau	22,5	19,4	25,5	11,9	15,9	29,0	22,0	36,4	14,8	28,4
Niveau primaire	38,8	39,8	37,8	34,5	41,7	44,0	43,6	37,8	42,8	44,4
Niveau secondaire et supérieur	38,7	40,8	36,7	53,6	42,5	27,1	34,4	25,9	42,4	27,2
Nombre d'enfants en vie					***		***			
0	41,4	40,1	42,6	55,0	30,9	30,8	63,2	35,3	61,2	65,0
1	18,4	18,8	17,9	13,8	17,2	24,9	16,3	28,6	16,6	16,1
2 et plus	40,2	41,0	39,4	31,3	51,9	44,3	20,5	36,1	22,2	18,9
Rang de grossesse							***		***	
1							50,8	21,7	44,7	56,2
2							18,3	25,3	20,3	16,6
3- 4							17,5	33,8	20,2	15,2
5 et plus							13,3	19,3	14,7	12,0
Pratique contraceptive		***					***		***	
Aucune méthode	70,0	38,5	99,6				81,6	100,0	77,0	85,7
Contraception moderne	18,7	38,5	0,2				2,6	0,0	3,2	2,0
Autres contraceptions	11,3	23,0	0,2				15,8	0,0	19,8	12,3
Nombre d'avortements précédents		***					***		***	
0	78,0	72,0	83,6	72,1	71,9	71,9	76,9	84,2	66,8	85,8
1	14,5	18,1	11,1	18,6	16,6	18,4	16,0	10,8	23,0	9,8
2 et plus	7,6	9,9	5,3	9,3	11,5	9,7	7,1	4,9	10,1	4,5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nombre d'observations	4755	2303	2452	886	530	887	3159	7487	1480	1679

Source : EPAP, URD-OMS, 2002
[a] *Animisme, Vaudou.* [b] *Principalement d'autres religions chrétiennes*
**** Le test de chi-deux de Pearson est significatif à p<0.001, ** à p<0.01, * à p<0.05*

Annexe 2 du chapitre 4 : Profil des enquêtées selon le recours ou non à au moins un avortement

Caractéristiques au moment de l'enquête Modalités	Ont déclaré avoir eu au moins un avortement		Ensemble des femmes
	oui	non	
Age à l'enquête (en années)	***		
15 - 24	23,6	44,8	40,1
25 - 34	44,6	30,8	33,9
35 - 49	31,8	24,4	26,0
Ethnie			
Adja-éwé	72,0	70,0	70,4
Kabyè-tem	12,4	12,7	12,6
Autres togolaises	9,1	9,6	9,5
Étrangères	6,5	7,7	7,5
Religion	***		
Catholique	46,2	43,2	43,8
Traditionnelle	4,0	7,4	6,7
Protestante	16,1	12,0	12,9
Islamique	4,3	9,7	8,5
Autres	22,3	20,2	20,7
Aucune	7,2	7,5	7,4
Statut matrimonial	***		
Célibataire	24,5	42,0	38,2
Mariée	58,5	47,0	49,5
Union libre	6,9	3,8	4,5
Séparée/divorcée/veuve	10,2	7,2	7,8
Niveau d'instruction	***		
Aucun niveau	15,3	24,6	22,5
Niveau primaire	41,8	37,9	38,8
Niveau secondaire et supérieur	42,9	37,5	38,7
Nombre de grossesses	***		
0	0,0	41,1	32,1
1-2	37,3	27,9	29,9
3 et plus	62,8	31,0	38,0
Nombre d'enfants en vie	***		
Jamais été enceinte	0,0	41,1	32,1
0	29,8	3,6	9,3
1-2	40,2	30,2	32,4
3 et plus	30,0	25,1	26,2
Pratique contraceptive	***		
Aucune méthode	61,8	72,3	70,0
Contraception moderne	23,9	17,3	18,7
Autres contraceptions	14,3	10,4	11,3
Connaissance de parente/amie ayant avorté	***		
Non	43,9	60,4	56,8
Oui	56,1	39,6	43,2
Total	100	100	100
Nombre d'observations	1047	3708	4755
Âge médian à la 1ère union (en années)	22	21,1	21,5
Âge médian aux 1ers rapports sexuels (en années)	17,3	17,9	17,8

Source : EPAP, URD-OMS, 2002
**** Le test de chi-deux de Pearson est significatif à 0.001*
Note : les âges médians sont calculés à partir de l'analyse de survie, pour les femmes âgées de 25-49 ans.

Chapitre 5 - Conditions et conséquences des avortements provoqués à Lomé (Togo)

Afiwa N'BOUKE, Solène LARDOUX et Anne-Emmanuèle CALVÈS

Résumé

Cet article explore les conditions ainsi que les conséquences des avortements dans la capitale togolaise, en se basant sur les informations collectées en 2002 auprès de 4755 femmes âgées de 15-49 ans dans le cadre de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP). Les résultats montrent que près de 40 % des avortements étant pratiqués dans des centres de santé, 40 % par un personnel médical, 45 % des avortements ont par conséquent été réalisés par curetage ou aspiration. Cependant, la moitié des avortements effectués grâce à une intervention gynécologique avait été tentée au préalable par des méthodes non médicales. Plusieurs avortements ont aussi eu lieu soit à domicile (36 %), soit chez des tradi-thérapeutes (24,5 %), grâce à des méthodes non médicales. Environ 60 % des avortements ont entraîné des complications sanitaires, conduisant la majorité des femmes à une hospitalisation, alors que 78 % ont entraîné des regrets et remords. Par ailleurs, la plupart (74 %) des avortements ont entraîné des problèmes entre les femmes et leurs parents. Ce qui pourrait être lié à d'éventuels désaccords lors de la prise de décision d'avorter, car les parents soutiennent très peu la femme dans la décision et interviennent dans une moindre mesure dans le paiement des frais. En revanche, c'est l'homme (mari, partenaire ou simplement géniteur) qui soutient le plus souvent la décision (43 %) et s'acquitte des frais liés à l'avortement (86 %).

Introduction

La majorité des avortements étant illégale en Afrique (Henshaw *et al.*, 1999a), on estime à environ 6,2 millions le nombre d'avortements à risque et à 29 000 le nombre de femmes qui sont décédées suite à ces avortements en 2008 (World Health Organization, 2011). Des avortements sont parfois pratiqués dans des centres de santé privés ou publics, mais par du personnel souvent peu formé. Par ailleurs, tel que souligné lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing en 1995, « les expériences sexuelles précoces, le manque d'informations et de services, accroissent le risque de grossesse non désirée prématurée, d'infection par le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles, et d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions » (Nations Unies, 1996 paragraphe 93). En effet, en Afrique où la sexualité hors mariage reste encore mal vue dans de nombreuses sociétés, l'accès des jeunes célibataires aux services de santé reproductive est très limité (Silberschmidt et Rasch, 2001). Face à la stigmatisation des grossesses prénuptiales, hors mariage, rapprochées ou de celles des femmes jugées « trop âgées », qui peuvent être socialement non acceptées (Ouédraogo et Pictet, 2001), les femmes avortent pour ne pas être mal perçues de leur entourage, par crainte de rejet social, pour éviter « la honte » ou un « scandale » dans leur famille (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; Guillaume, 2004a; Oye-Adeniran *et al.*, 2005). Ces contextes législatif et socioculturel entraînent alors le recours à des avortements clandestins, souvent avec des méthodes non médicales, qui conduisent à des conséquences sanitaires graves pouvant parfois aller jusqu'au décès.

En demeurant restrictive, la loi sur l'avortement au Togo n'autorise, depuis 2007, l'interruption volontaire de grossesse que dans les cas de viol ou d'inceste, dans des situations mettant en danger la vie et la santé de la femme, et lorsqu'il existe un haut risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection grave. Cependant, le recul de l'âge au mariage et l'augmentation de la sexualité prénuptiale exposent les jeunes, qui ne sont pas « socialement supposés avoir des activités sexuelles » à cause de leur jeune âge, à un risque élevé de grossesse non désirée et d'avortement (Amegee, 2002). Le recours à l'avortement s'est accru dans la capitale togolaise avec une précocité et une plus grande fréquence au sein des jeunes générations comparativement aux anciennes. Une partie de la régulation des

naissances est assurée à Lomé par des avortements car ces derniers sont de plus en plus utilisés pour retarder la venue du premier enfant et entraînent la réduction de 10 à 12 % de la fécondité potentielle (N'bouke *et al.*, 2010b). De plus, près de 30 % des grossesses sont déclarées « non désirées » et près de la moitié de ces dernières (47 %) sont volontairement interrompues par un avortement provoqué (N'bouke *et al.*, 2010a).

Il devient alors essentiel d'étudier comment ces avortements ont lieu à Lomé ainsi que les conséquences qui en découlent. D'ores et déjà, une étude, qui a ciblé les jeunes femmes âgées de 15-24 ans à Lomé en 2002 et qui a utilisé les données de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP), a montré que les avortements de ces jeunes ont été majoritairement pratiqués à domicile (53 %), par des tradi-thérapeutes ou des avorteuses (42 %), avec des méthodes non médicales (61 %) (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004). Ainsi, 66 % des adolescentes ayant avorté ont eu des complications sanitaires qui les ont conduites à des hospitalisations. Quels sont alors les conditions et les conséquences des avortements provoqués chez les femmes âgées de 15-49 ans à Lomé? Diffèrent-elles significativement selon les caractéristiques de ces femmes ?

I. Un tour d'horizon des conditions et conséquences des avortements provoqués en Afrique

Les circonstances de prise de décision d'avorter, pouvant impliquer les parents et/ou le partenaire, déterminent souvent les conditions des avortements. Les parents imposent parfois l'avortement à leur fille si celle-ci est encore à leur charge et si le partenaire ne dispose pas de moyens financiers (Henry et Fayorsey, 2002; Svanemyr et Sundby, 2007). L'homme, quant à lui, paie souvent les coûts de l'avortement et appuie la décision d'avorter, selon les contextes. Calvès (2002) montre dans une étude portant sur les jeunes à Yaoundé que, si le rôle des partenaires dans la décision d'avorter est limité (la majorité des femmes déclarant avoir pris la décision seules), leur implication financière est primordiale puisqu'ils prennent en charge les coûts de l'avortement dans la plupart des cas. Pour les jeunes hommes interrogés dans cette étude, leur incapacité à assumer les responsabilités financières associées à la paternité et le fait de ne pas se sentir socialement prêts à être

pères sont les raisons qui les poussent à appuyer la décision de leur partenaire à avorter. À Accra, plusieurs femmes ont aussi déclaré, lors d'une étude portant sur les expériences de grossesses des adolescents, que le partenaire payait souvent les frais liés à l'avortement quand la décision était prise par le couple. En revanche, dans une minorité de cas, les hommes niant leur responsabilité dans la grossesse laissent la responsabilité de l'avortement à la femme et à sa famille (Henry et Fayorsey, 2002). Dans d'autres situations, l'homme s'implique alors parfois faiblement. Une étude menée au Nigéria révèle que les femmes prennent en majorité la décision d'avorter et paient elles-mêmes leur avortement (Oye-Adeniran *et al.*, 2004a). Rossier (2006) a également montré que la décision d'avorter est souvent prise dans le contexte burkinabé par la femme, parfois avec l'appui de ses amies ou relations pendant que le partenaire se désiste souvent du problème.

Compte tenu du contexte législatif très restrictif et du contexte social qui condamnent l'avortement dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, la plupart des avortements ont lieu ou débutent hors du système sanitaire, avec des méthodes non médicales[29], et souvent dans des conditions sanitaires peu sécuritaires (Amegee, 2002; Mundigo, 1992; Varga, 2002). Dans un tel contexte, les prestataires de services d'avortement ne sont pas toujours bien formés à cette pratique (Oye-Adeniran *et al.*, 2004a). En effet, les femmes se font souvent avortées clandestinement auprès de praticiens non médicaux et non qualifiés, parfois avec l'aide de pharmaciens ou d'herboristes (Hord *et al.*, 2006). Par exemple, une étude a montré que près de la moitié des femmes enquêtées dans certaines régions du Ghana ont provoqué elles-mêmes leur avortement clandestin grâce à des médicaments et avec l'aide des pharmaciens (Ahiadeke, 2001). Une autre étude portant sur les jeunes de Yaoundé a montré qu'environ 27 % des avortements ont été provoqués par des personnes non qualifiées telles que les femmes elles-mêmes, leurs amis ou des tradi-praticiens ; avec des méthodes non médicales (Calvès, 2002).

En général, ce n'est qu'en cas d'échec ou de complications que certaines femmes se rendent dans des hôpitaux ou centres de santé pour terminer en urgence les avortements (Amegee, 2002; Guillaume, 2003; Oye-Adeniran *et al.*, 2005). Une étude réalisée au sein

[29] Sel et vinaigre, vinaigre et vin, potasse, boissons fortes, herbes, aspirine ou sédaspir et coca-cola chaud, permanganate, infusion de feuilles de plantes, introduction d'ovules de feuilles dans le vagin, etc.

de la population togolaise a révélé à cet effet qu'environ 13 % des femmes ayant avorté, avaient utilisé des méthodes médicales mais après avoir tenté d'avorter au préalable avec des méthodes traditionnelles (URD et DGSCN, 2001). Une autre étude a aussi montré qu'à Ouagadougou, les femmes utilisaient dans un premier temps des méthodes moins efficaces et moins chères pour avorter. En cas d'échec, elles avaient recours à des méthodes plus couteuses (Rossier *et al.*, 2006), probablement médicales.

Des avortements directement pratiqués par des professionnels de la santé semblent être également accessibles dans certaines villes africaines. L'étude réalisée auprès des jeunes de Yaoundé a montré que la majorité des avortements a été pratiquée par un personnel de santé ; médecin ou infirmière (Calvès, 2002). Pourtant, des méthodes médicales sécuritaires ne sont pas toujours utilisées car les avortements ont été provoqués dans 35 % des cas par insertion d'un cathéter, dans 31 % par curetage et dans 13 % par aspiration. Des études ont révélé, qu'à Lomé, les femmes utilisent le curetage et l'aspiration dans presque la moitié des cas d'avortements (Amegee, 1999; Amétépé et Béguy, 2004). Toutefois, la plupart des avortements qui ont lieu ou qui se terminent finalement dans des conditions médicales se déroulent souvent dans le secteur privé ou dans les cliniques des villes (Guillaume, 2004a).

Les avortements clandestins entraînent assez fréquemment des complications sanitaires (Guillaume, 2000; 2009) et de nombreux décès maternels en découlent. Des études ont, en conséquence, révélé que l'avortement est une cause majeure de mortalité maternelle, particulièrement en Afrique (Olukoya, 2004; Oye-Adeniran *et al.*, 2004a). En fait, près de 14 % des décès maternels sont attribuables en Afrique à des complications découlant des avortements à risque (World Health Organization, 2011). Une étude a précisément montré que 29 % des décès maternels recensés dans un hôpital de district dans le nord du Ghana entre janvier 2000 et décembre 2003 ont été occasionnés par des complications d'avortements à risque (Baiden *et al.*, 2006). Les adolescentes et jeunes femmes sont spécialement touchées par le phénomène. En effet, sur les 36 000 décès maternels liés aux avortements à risque, qui ont été estimés pour l'Afrique en 2003, 20 500 concernaient les moins de 25 ans (World Health Organization, 2007). À peu près 44 % des décès maternels ont également été attribués à des avortements en 1985 au CHU de Lomé chez les femmes de moins de 20 ans, contre 12 % pour l'ensemble des décès maternels (Locoh, 1993).

Le décès est la conséquence ultime d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions. Néanmoins, des complications d'ordre sanitaire surviennent et sont généralement : des difficultés à concevoir de nouveau, fausses couches, infertilité secondaire, hémorragie, douleurs abdominales, douleurs pelviennes chroniques, péritonite, abcès pelviens, choc septique, infections et perforation utérine (Amegee, 1999; Hord *et al.*, 2006; Oye-Adeniran *et al.*, 2005; Singh *et al.*, 2009). Par exemple, l'étude réalisée auprès des jeunes de Yaoundé a montré qu'environ 25 % des avortements, surtout ceux qui ont été pratiqués par des personnes non qualifiées, ont entraîné des douleurs à l'abdomen ou saignements anormaux, la fatigue, des infections, des difficultés à procréer et la perte de poids (Calvès, 2002).

La plupart des études antérieures qui ont porté sur les conséquences des avortements en Afrique subsaharienne, ont souvent ciblé les décès et les conséquences physiques résultant des avortements à risque. La question des conséquences psychologiques, souvent débattue dans les pays du Nord (Coleman, 2006; Kimport *et al.*, 2011; Major *et al.*, 2000; Teichman *et al.*, 1993; Warren *et al.*, 2010), a été l'objet de peu d'études en Afrique. Toutefois, quelques unes, dont les études qualitatives réalisées dans un hôpital d'une province au sud du Gabon (Hess, 2007) ou dans les États de Lagos et d'Edo au Nigéria (Oye-Adeniran *et al.*, 2005), ont montré qu'une majorité de femmes a souvent des conséquences émotionnelles et psychologiques à la suite d'un avortement, telles que le regret, les remords, la culpabilité, la tristesse, le traumatisme et la « sensation d'avoir commis un crime ». Mais, certaines femmes déclarent aussi parfois ressentir un soulagement (Oye-Adeniran *et al.*, 2005).

Nous testons tout d'abord dans la présente étude l'hypothèse selon laquelle les hommes s'impliquent dans les circonstances de prise de décision d'avorter à Lomé et nous vérifions si les parents y participent également. Nous évaluons par la suite si, à l'instar de Yaoundé (Calvès, 2002), certains avortements sont pratiqués directement dans des milieux cliniques à Lomé et par du personnel médical. Nous examinons enfin les éventuelles conséquences, notamment, psychologiques et relationnelles des avortements chez les femmes de Lomé.

II. Méthodologie

Les données proviennent du volet quantitatif de l'EPAP, une enquête qui a été organisée en 2002 par l'Unité de recherche démographique (URD) de l'Université de Lomé et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'enquête avait pour objectif d'étudier les circonstances des avortements des femmes de Lomé et les raisons qui les amènent à cette pratique (URD et OMS, 2002a). Les données ont été collectées auprès d'un échantillon auto-pondéré et représentatif de la population féminine en âge de procréer à Lomé et dans ses environs. Dans un premier temps, toutes les 129 grappes de Lomé ont été retenues grâce à la cartographie existante. Dans un second temps, 3266 ménages ont été tirés proportionnellement à la taille des grappes de telle sorte que l'échantillon des ménages soit auto-pondéré à l'intérieur de chaque grappe. Enfin, toutes les 4755 femmes âgées de 15-49 ans dans les ménages sélectionnés ont été retenues pour l'enquête.

Les deux premiers modules du questionnaire administré aux femmes ciblent leurs caractéristiques sociodémographiques à l'enquête. Le troisième porte sur l'historique complet des grossesses des enquêtées ainsi que leurs issues. Le dernier module renseigne sur le premier et/ou le dernier avortement des enquêtées qui ont déjà avorté. Précisément, les circonstances de la prise de décision sont cernées grâce aux questions « *qui a principalement payé les frais de l'avortement ?* » et « *qui vous a soutenu (moralement et psychologiquement) le plus dans votre décision d'avorter ?* ». Les réponses à la première question ont été codées de la façon suivante : ma mère, ma sœur/mon frère, mon mari/partenaire, un autre parent, un(e) ami(e), mon père, moi-même, auteur de la grossesse, ou autre. Les réponses à la deuxième question sont : personne, mon mari/ partenaire, auteur de la grossesse, mon père, ma mère, ma sœur/mon frère, un autre parent, un(e) ami(e), ou autre. Bien que le mari et le partenaire aient été codés sous une même catégorie, suggérant une stabilité de la relation, il n'a pas été clairement spécifié si la catégorie « auteur de la grossesse » renvoyait ou non à un partenaire occasionnel. De plus, il n'est pas certain que les femmes aient eu une même compréhension de la distinction à faire. Nous avons, par conséquent, préféré regrouper ces catégories ensembles.

Les conditions sont abordées grâce aux questions : « *qu'avez-vous fait principalement pour interrompre cette grossesse ?* », les réponses possibles étant intervention gynécologique (curetage ou aspiration), prise orale de médicaments, injections, méthodes à base de plantes, insertion d'objet, produit manufacturé ou chimique, méthodes physiques, méthodes traditionnelles, ou autre ; « *où a eu lieu cet avortement ?* », les modalités étant hôpital public, hôpital privé, centre de soins public, centre de soins privé, tradi-thérapeute, à la maison, ou autre ; et « *qui a procédé à l'intervention ?* », les éventuelles réponses étant médecin, personnel médical, tradi-thérapeute, femme avorteuse, moi-même, mon mari/ partenaire, matrone/garde malade. Quant aux conséquences sanitaires, il a été demandé aux femmes « *quelles complications d'ordre sanitaire avez-vous eues à la suite de cet avortement ?* ». La question est a choix multiples et les réponses possibles étaient : aucune complication, hémorragies, infections, absence de règles, maux de (bas) ventre, maux de reins, bouchée d'une ou des trompes, stérilité, fièvre ou autre.

Les questions « *quel effet direct cet avortement a-t-il eu sur votre vie ?* » et « *qu'avez-vous ressenti après cet avortement ?* » permettent enfin de cerner d'autres types de conséquences des avortements. Toutefois, la formulation de la dernière question, dont les éventuelles réponses étaient : regret/remords, culpabilité, soulagement, indifférence, inquiétude/peur, ou autre, a pu susciter ou aggraver chez la femme une certaine « honte ». La femme n'a pas clairement spécifié non plus par rapport à quoi elle avait eu le regret ou remords ; est-ce à cause de l'avortement lui-même, de la situation l'ayant menée à l'avortement ou à cause des conséquences. Il pourrait alors en découler une surestimation des sentiments négatifs.

Une autre limite de ces données est l'auto-sélection des enquêtées puisque les femmes décédées des suites de complications d'avortement n'en font pas partie. Ce qui pourrait sous-estimer la fréquence de certaines complications. Dans le même temps, il pourrait y avoir une surestimation de l'incidence des conséquences si les femmes, principalement celles qui n'ont pas eu des conséquences après leur avortement, ont su bien le dissimuler.

En désignant un avortement qui est pratiqué dans un centre de santé avec l'assistance d'un personnel de santé comme étant « moins risqué », dans le cas contraire comme étant « plus

risqué », environ 36 % des 3159 grossesses déclarées non désirées ont été interrompues dans des conditions sanitaires moins risquées alors que 11 % d'entre elles l'ont été dans des conditions plus risquées (les 53 % restantes ont eu d'autres issues). Toutefois, le nombre d'avortements moins risqués peut être surestimé car des avortements débutés ailleurs peuvent se terminer dans un centre de santé avec l'assistance d'un personnel de santé. De surcroît, tout personnel de santé n'est pas qualifié pour pratiquer un avortement sans danger. Cette classification semble ainsi être limitée. Néanmoins, elle permet d'avoir une idée de la prévalence des avortements se déroulant dans des conditions très risquées.

Plusieurs détails étant collectés uniquement sur les plus récents avortements des femmes, seuls 1047, des 1569 avortements qui ont été déclarés au sein de l'échantillon, sont retenus dans les analyses. Les conditions, y compris les circonstances décisionnelles et sanitaires, ainsi que les conséquences du dernier avortement des femmes sont alors analysées de façon exploratoire. Parmi les facteurs associés au recours à l'avortement, figurent le statut matrimonial, niveau d'instruction, nombre d'avortements précédents et l'âge à la grossesse (N'bouke *et al.*, 2010a). Par conséquent, des tests de Chi-deux sont réalisés afin de tester d'éventuelles différences selon l'âge, le statut matrimonial ou le niveau d'instruction au moment de la grossesse qui a conduit à l'avortement, de même que le rang de l'avortement.

III. Résultats

III.1 Paiement des frais liés à l'avortement

Le tableau 5.1 présente les déclarations des enquêtées quant à la personne qui a principalement payé les frais liés à leur dernier avortement ainsi que la personne qui les a le plus soutenues, moralement et psychologiquement, dans la décision d'avorter. Les résultats montrent, qu'à l'instar d'autres capitales africaines (Calvès, 2002), le géniteur, mari ou partenaire s'implique fortement dans le paiement des frais liés aux avortements à Lomé. À cet effet, bien que 51,6 % des avortements n'avaient engendré aucun frais, l'homme a payé les frais dans 85,6 % des cas où l'avortement a engendré des dépenses. Cette implication de l'homme diminue selon le rang de l'avortement. L'homme a ainsi payé les frais de 89,1 % des premiers avortements, de 82,6 % des deuxièmes avortements, contre 72,5 % des avortements de rang supérieur à 2.

Seulement 9,5 % des femmes qui ont eu des frais à payer se sont acquittées elles-mêmes des coûts de l'avortement, mais elles avaient eu au moins un avortement auparavant. En dehors du partenaire et de la femme, d'autres personnes (parents et amies) interviennent aussi parfois dans le paiement des frais, mais dans une moindre mesure (4,9 %).

III.2 Soutien obtenu par la femme dans la décision d'avorter

Par ailleurs, bien que l'homme ait payé les coûts liés à l'avortement dans la majorité des cas, il a soutenu la femme dans la décision d'avorter dans une moindre mesure (43 % des cas). D'autres personnes appuient autant la femme (tableau 5.1). Près de 25 % des femmes ont été soutenues dans la décision par un(e) ami(e) et environ 20 % l'ont été par un parent, autre que le père, la mère, le frère ou la sœur. Ces personnes interviennent plus souvent quand la femme n'est pas en union (48 % contre 39 % chez les femmes en union). Les résultats montrent aussi que seules 8 % des femmes n'ont eu aucun soutien au moment de décider de l'interruption de leur grossesse. Ces femmes, qui étaient principalement en union ou avaient avorté plus d'une fois, ont surtout payé elles-mêmes les frais liés à l'avortement (56 %) et ont peut-être avorté sans en informer leur partenaire ou sans son consentement. Enfin, tout comme à Accra où la famille s'implique dans une minorité de cas (Henry et Fayorsey, 2002), le père, la mère, la sœur ou le frère de la femme intervient très peu dans la décision d'avorter à Lomé (4,3 %).

Tableau 5.1 : Répartition en % des derniers avortements selon l'identité de la personne qui a payé les frais ou qui a soutenu la femme dans la décision d'avorter, et selon l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction à la grossesse ou le rang de l'avortement

	Âge (en années)			Statut matrimonial		Niveau d'instruction			Rang de l'avortement			Ensemble
	< 20	20-24	25 et +	Pas en union	En union	Aucun	Primaire	Secondaire ou +	1er	2ème	3ème ou +	
% d'avortements qui n'ont engendré aucun frais	52,6	50,3	52,1	52,9	49,5	42,7	53,1	53,5	54,6	44,2	50	51,6
(Effectif)	*(331)*	*(376)*	*(340)*	*(639)*	*(408)*	*(171)*	*(435)*	*(441)*	*(687)*	*(258)*	*(102)*	*(1047)*
Frais liés à l'avortement, payés par :										**		
Mari/partenaire/auteur de la grossesse	87,3	85,5	84,1	87,7	82,5	79,6	86,8	87,3	89,1	82,6	72,5	85,6
Enquêtée elle-même	5,7	11,8	10,4	7,3	12,6	11,2	10,3	7,8	6,1	13,9	17,7	9,5
Autres (mère, sœur/frère, autre parent, ami(e), père de la femme ou autres)	7,0	2,7	5,5	5,0	4,9	9,2	2,9	4,9	4,8	3,5	9,8	4,9
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
(Effectif)	*(157)*	*(187)*	*(163)*	*(301)*	*(206)*	*(98)*	*(204)*	*(205)*	*(312)*	*(144)*	*(51)*	*(507)*
Femme soutenue dans la décision d'avorter par :				*						*		
Mari/partenaire/auteur de la grossesse	40,5	40,4	48,2	41,6	45,2	42,7	44,8	41,3	44,8	40,3	37,2	43,0
Un(e) ami(e)	27,2	27,1	19,7	26,9	21,3	21,1	24,8	26,1	23,9	26,0	27,5	24,7
Un autre parent	21,5	18,9	19,4	21,1	17,9	19,9	18,2	21,5	21,1	16,7	19,6	19,9
Personne	6,3	8,8	9,1	6,3	11,0	12,3	8,7	5,9	5,8	12,8	11,8	8,1
Autres (père, mère, sœur/frère de la femme ou autres)	4,5	4,8	3,5	4,1	4,7	4,1	3,5	5,2	4,4	4,3	3,9	4,3
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
(Effectif)	*(331)*	*(376)*	*(340)*	*(639)*	*(408)*	*(171)*	*(435)*	*(441)*	*(687)*	*(258)*	*(102)*	*(1047)*

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

*Niveaux de significativité des tests de Chi-deux (** 1 % ; * 5 %)*

III.3 Conditions des avortements

Tel que présenté dans le tableau 5.2 et malgré son caractère largement illégal[30], plus d'un tiers des avortements les plus récents des femmes se sont déroulés dans un hôpital et centre de soins privé (37 %) ou public (2,6 %). Dans le même temps, près de 40 % des avortements ont été effectués par un personnel médical, dont 15 % par des médecins (probablement des gynécologues). La proportion d'avortements qui ont eu lieu dans un centre de santé et la proportion de ceux qui ont été pratiqués par un personnel médical augmentent avec le rang de l'avortement. Il s'agit alors surtout des avortements répétés.

Par ailleurs, 36 % des avortements ont eu lieu à la maison et 24,5 % à d'autres endroits, notamment chez des tradi-thérapeutes. Il n'est pas ainsi surprenant que des avorteuses fassent avorter les femmes dans 36 % des cas, et que le mari ou partenaire le fasse dans 18 % des cas. Seules 3,8 % des femmes ont, elles-mêmes, procédé aux avortements. Les avortements réalisés dans ces conditions, pouvant être plus risqués, concernent plus de la moitié des cas et semblent être fréquents autant aux âges jeunes qu'aux âges plus avancés. En revanche, la part qui est pratiquée par une avorteuse est plus élevée pour les premiers avortements que pour ceux de rang supérieur à 2 (tableau 5.2).

Les résultats révèlent aussi que l'intervention gynécologique (curetage ou aspiration) est utilisée dans un peu moins de la moitié (45 %) des cas comme méthode d'avortement. Cette technique a autant été utilisée pour provoquer, avec succès, l'avortement en une seule tentative (22,5 %), que lors d'une deuxième tentative d'avortement, suite à l'échec d'une méthode non médicale (22,2 %). En fait, plusieurs avortements incomplets se terminent dans les centres de santé, à l'aide d'un curetage ou d'une aspiration.

En outre, les femmes avortent avec des prises orales de médicaments (18 %) ; la prise orale la plus répandue étant une combinaison d'aspirine et de bière. Elles utilisent aussi des méthodes à base de plantes (15 %) et des injections (11,7 %). Enfin 8,2 % des femmes ont provoqué leur plus récent avortement en insérant une tige de plante encore appelée « pénis avorteur ». L'utilisation de ces méthodes non médicales, un peu plus souvent lors des premiers avortements que lors des avortements de rangs supérieurs, rappelle le caractère clandestin de la majorité des avortements à Lomé.

---

[30] La loi française de 1920, réprimant la provocation à l'avortement et autorisant l'avortement seulement si la vie de la femme est en danger, prévalait au Togo au moment de la collecte des données en 2002.

Tableau 5.2 : Répartition (%) des avortements les plus récents selon le lieu l'avortement, la personne ayant procédé à l'avortement ou la méthode utilisée, et selon l'âge des femmes ou le rang de l'avortement

	Âge à la grossesse (en années)			Rang de l'avortement			Ensemble
	< 20	20-24	25 et +	1er	2ème	3ème ou +	
Lieu de l'avortement	*Test de Chi-deux : p=0,707*			*Test de Chi-deux : p=0,081*			
Hôpital ou centre de soins public	2,4	2,1	3,2	2,0	3,1	4,9	2,6
Hôpital ou centre de soins privé	37,2	38,6	35,3	35,7	38,8	42,2	37,1
À la maison	36,6	37,0	34,1	36,5	38,4	25,5	35,9
Chez le tradi-thérapeute ou autres lieux	23,9	22,3	27,4	25,8	19,8	27,5	24,5
Personne ayant procédé à l'avortement	*Test de Chi-deux : p=0,082*			*Test de Chi-deux : p=0,001*			
Médecin	14,8	17,3	12,4	13,7	15,1	22,6	14,9
Personnel médical	24,2	24,5	25,0	23,9	25,9	25,5	24,6
Femme avorteuse	35,4	35,4	37,7	38,1	35,7	23,5	36,1
Mari/partenaire	18,4	16,8	19,7	19,1	16,3	17,6	18,2
Femme elle-même	4,2	5,3	1,8	2,8	6,6	3,9	3,8
Tradi-thérapeute ou autres	3,0	0,8	3,5	2,4	0,4	6,9	2,4
Méthode ayant provoqué l'avortement	*Test de Chi-deux : p=0,872*			*Test de Chi-deux : p=0,005*			
Intervention gynécologique en une seule tentative	24,5	22,6	20,3	23,1	21,7	19,6	22,5
Intervention gynécologique en 2ème tentative	21,5	20,0	25,3	18,2	31,0	26,5	22,2
Prise orale de médicaments	18,7	17,3	17,7	18,9	15,1	17,7	17,9
Méthodes à base de plantes	15,1	15,4	14,4	16,3	11,6	14,7	15,0
Injections	10,3	13,3	11,2	12,4	10,9	8,8	11,7
Insertion d'objet (tige de plante)	7,0	8,8	8,8	9,2	5,8	7,8	8,2
Autres (produits manufacturés ou chimiques, méthodes physiques ou autres)	3,0	2,7	2,4	1,9	3,9	4,9	2,7
Total	100	100	100	100	100	100	100
(Effectif)	*(331)*	*(376)*	*(340)*	*(687)*	*(258)*	*(102)*	*(1047)*

Source : EPAP, URD-OMS, 2002
Aucun des tests sur les différences selon le statut matrimonial ou le niveau d'instruction n'était significatif au seuil de 9 %.

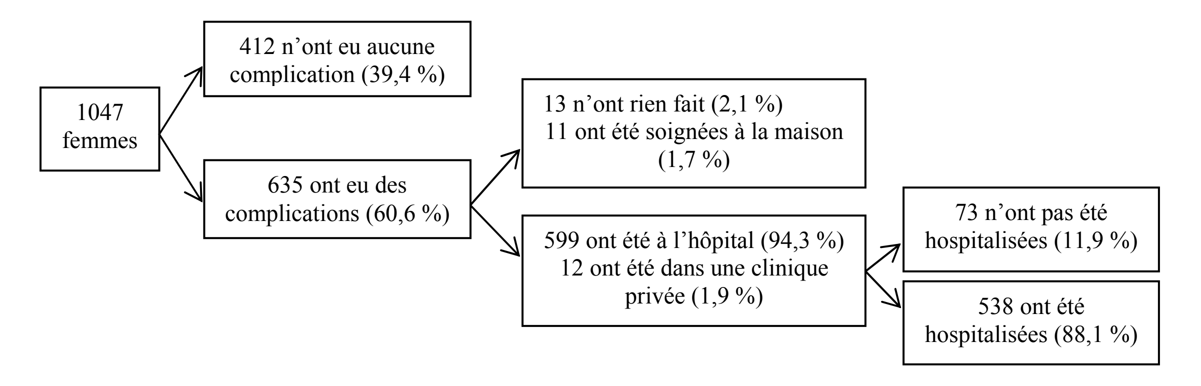
III.4 Conséquences physiques des avortements

Ces avortements, souvent risqués et pratiqués à Lomé par des personnes non qualifiées, ne sont pas sans conséquences sur la santé et la vie des femmes. En se basant sur leurs expériences, plus de 60 % des femmes ont déclaré avoir eu des complications sanitaires après leur plus récent avortement (schéma 5.1). Toutefois, les complications sont plus fréquentes lors des premiers avortements (64,6 %) que lors des avortements de rang 2 (50,0 %) ou de rang supérieur à 2 (60,8 %). Avec la possibilité d'avoir en même temps plusieurs conséquences physiques, les complications les plus fréquemment observées auprès des femmes qui en ont eu, étaient des hémorragies (72 %), des maux de reins (16 %), des infections (6,5 %) et des maux de bas ventre (5,7 %). La stérilité, des trompes bouchées ou des perforations de l'utérus ont été très peu évoquées par les femmes comme problèmes sanitaires ayant découlé de leurs avortements.

Malgré ces conséquences physiques des avortements, près de 2,1 % des femmes n'avaient rien fait pour se faire soigner et environ 1,7 % s'étaient faites soignées à la maison. Cependant, même si les centres de santé pratiquent peu d'avortements légaux,

la plupart des complications d'avortement semblent avoir été prises en charge dans des centres de santé. En effet, les résultats montrent que plus de 94 % des femmes qui ont eu des complications à l'issue de leur avortement s'étaient rendues dans des hôpitaux pour se faire soigner et 1,9 % s'étaient rendues dans des cliniques privées (schéma 5.1).

Schéma 5.1 : Répartition des femmes selon les conséquences sanitaires de leur plus récent avortement



Source : EPAP, URD-OMS, 2002

En se rendant dans les centres de santé pour traiter les complications d'avortement, ces femmes se font assez généralement hospitaliser (88 %). Or, la prise en charge consiste souvent à l'administration des soins appropriés et spécifiques aux complications, à des transfusions sanguines ou à des opérations chirurgicales. Par conséquent, presque la totalité (94,4 %) des femmes qui ont été hospitalisées suite à une complication de leur avortement a subi une opération dans le cadre du traitement de la complication.

III.5 Conséquences psychologiques et relationnelles des avortements

En dehors des conséquences physiques et compte tenu du contexte de stigmatisation de l'avortement au Togo, plusieurs femmes gardent des séquelles au niveau psychologique selon ce qu'elles ont ressenti après leur avortement, et au niveau relationnel selon l'effet direct de l'avortement sur leur relation avec les autres (membres de la famille ou partenaire). Les résultats présentés dans le tableau 5.3 montrent que 77,9 % des femmes ont eu des regrets ou remords après leur dernier avortement et environ 3,3 % ont ressenti de la culpabilité. Les regrets ou remords semblent être très fréquents lors des premiers avortements (80,5 %) et leur proportion diminue selon le rang de l'avortement. Au contraire, le sentiment de culpabilité augmente avec les avortements subséquents. À cet effet, les femmes étaient moins nombreuses à se culpabiliser lors d'un premier

avortement (1,6 %) que lors d'un avortement de rang supérieur à 2 (9,8 %). Enfin, près de 4,4 % des femmes ont déclaré avoir ressenti une inquiétude, une peur ou d'autres sentiments après l'avortement.

Tableau 5.3 : Répartition (%) des avortements les plus récents selon les conséquences psychologiques ou relationnelles de l'avortement, et selon l'âge à la grossesse ou le rang de l'avortement

	Âge à la grossesse (en années)			Rang de l'avortement			Ensemble
	< 20	20-24	25 et +	1er	2ème	3ème ou +	
Conséquences psychologiques	*Test de Chi-deux : p=0,200*			*Test de Chi-deux : p=0,000*			
Regrets/remords	78,3	80,3	75,0	80,5	74,0	70,6	77,9
Culpabilité	2,4	3,7	3,8	1,6	5,4	9,8	3,3
Inquiétude/peur/autre	6,3	2,7	4,4	4,5	3,5	5,9	4,4
Indifférence	9,1	9,3	13,2	10,3	11,6	8,8	10,5
Soulagement	3,9	4,0	3,5	3,1	5,4	4,9	3,8
Conséquences relationnelles	*Test de Chi-deux : p=0,062*			*Test de Chi-deux : p=0,000*			
Brouille entre la femme et (l'un de) ses parents	75,2	74,5	71,5	80,8	57,4	67,7	73,7
Brouille entre les parents de la femme	8,8	7,7	10,3	9,5	9,3	3,9	8,9
Aucun effet	8,8	10,4	11,5	4,8	22,5	15,7	10,2
Consolidation des liens entre conjoints/mariage	2,7	4,3	5,9	3,1	6,2	7,8	4,3
Autres [a]	4,5	3,2	0,9	1,9	4,7	4,9	2,9
Total	100	100	100	100	100	100	100
(Effectif)	*(331)*	*(376)*	*(340)*	*(687)*	*(258)*	*(102)*	*(1047)*

Source : EPAP, URD-OMS, 2002
Les tests de différences de sentiment selon le statut matrimonial ou le niveau d'instruction n'étaient pas significatifs au seuil de 5 %.
[a] *ne communie plus, dispute avec conjoint ou partenaire, séparation/divorce, poursuite des études/apprentissage, autres.*

Des sentiments moins négatifs sont aussi parfois ressentis après un avortement. Ainsi, 10,5 % des femmes ayant avorté au moins une fois ont ressenti une certaine indifférence et seulement 3,8 % ont eu un soulagement après leur plus récent avortement.

Sur le plan relationnel, 73,7 % des femmes ont déclaré que leur dernier avortement avait entraîné des problèmes entre elles et leurs parents, spécialement entre la femme et son père. Ce pourcentage élevé peut être lié à d'éventuels désaccords entre la femme et ses parents lors de la prise de décision d'avorter, puisque les parents soutiennent rarement la femme et interviennent peu dans le paiement des frais. Les femmes qui ont cité cette conséquence étaient moins nombreuses à être mariées (résultat non montré) ; elles vivaient alors probablement encore chez leurs parents. Ce qui semble corroborer les pourcentages élevés chez les jeunes (75,2 % chez les moins de 20 ans et 74,5 % chez les 20-24 ans, contre 71,5 % chez les plus de 25 ans) et pour les premiers avortements (80,8 %). Enfin, presque 9 % des femmes ont déclaré que leur avortement, en particulier le premier ou le second, avait créé une discorde entre leurs parents.

Si l'avortement semble n'avoir eu aucun effet relationnel sur la vie de 10,2 % des femmes (surtout âgées et lors des avortements répétés), il a permis de consolider les liens entre conjoints dans 4,3 % des cas (surtout chez les femmes plus âgées et lors des avortements répétés).

Discussion et conclusion

À partir du plus récent avortement des femmes, l'étude visait à analyser les conditions, et les conséquences sanitaires et psychologiques des avortements. Une originalité de ce travail est d'avoir pu examiner l'importance du rôle, non seulement des femmes elles-mêmes, mais aussi des hommes et des parents dans les circonstances de prise de la décision d'avorter à Lomé. L'analyse a fait émerger plusieurs résultats intéressants.

Nous avons pu confirmer que les hommes (géniteur, mari ou partenaire) s'impliquent fortement dans diverses circonstances de la prise de décision d'avorter. D'après nos résultats, ils paient les coûts dans la majorité des cas (85,6 %), principalement lors des avortements de rang 1 ou 2. En revanche, les femmes elles-mêmes s'acquittent souvent des frais en cas d'avortement répété. Si les hommes sont fort impliqués financièrement, la décision revient majoritairement à la femme. En effet, les hommes appuient la décision d'avorter en soutenant moralement et psychologiquement les femmes dans seulement 43 % des cas, surtout quand ils sont mariés. Ces résultats vont dans le même sens que ceux d'une étude menée auprès de jeunes tanzaniens en milieu rural ; une majorité de ces jeunes s'oppose à l'avortement et le trouve « inacceptable » si l'auteur de la grossesse ne consent pas à l'acte (Plummer *et al.*, 2008). Ils confortent aussi les résultats d'une étude menée à Yaoundé qui montrait que si le rôle des partenaires dans la décision d'avorter était limité, leur implication financière était primordiale (Calvès, 2002). Par ailleurs, plusieurs avortements ont lieu à Lomé sans le soutien de l'homme, mais plutôt avec celui des ami(e)s (25 %) et des parents autres que la famille proche (20 %). Ils s'impliqueraient quand le couple n'est pas marié, probablement en cas de désaccord entre l'homme et la femme ou si l'homme nie être l'auteur de la grossesse.

Mais, contrairement aux résultats de l'étude réalisée en Afrique du Sud (Varga, 2002), où des jeunes et adolescents zulu interrogés ont indiqué que « des parents poussent leurs filles à des avortements à risque afin de maintenir la dignité de la famille et d'éviter un

blâme publique », la présente étude montre que les parents de la femme la soutiennent peu dans la décision d'avorter et en assument rarement les coûts. L'intervention des parents pourrait s'expliquer, dans les rares cas, par leurs projets pour leur enfant comme la poursuite des études ou d'un apprentissage, par leur opposition à la relation du couple, par le fait que la fille ne soit pas mariée surtout si les parents sont influents dans leur communauté, par le fait que la fille et le bébé pourraient être à leur charge, et enfin, par la honte qu'un éventuel inceste pourrait entraîner en créant un scandale au sein de la famille (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; Henry et Fayorsey, 2002; Svanemyr et Sundby, 2007). Enfin, la femme est parfois laissée seule dans ce processus, car les frais ont été payés par les femmes elles-mêmes dans 9,5 % des cas d'avortements et environ 8 % des femmes n'ont eu aucun soutien moral lors de la prise de décision.

Au vu de cette participation des hommes à la prise de la décision d'avorter, il serait utile de les inciter à prendre leur responsabilité en cas de grossesse et de les encourager à discuter de l'adoption de contraception avec leur partenaire pour éviter les grossesses qui pourraient être stigmatisées. En particulier, ils pourraient être impliqués dans les conseils post-avortement. Une étude, menée auprès d'hommes ayant accompagné leur partenaire dans un hôpital de Dar es Salam (Tanzanie) à la suite d'un avortement incomplet, a ainsi montré que la plupart de ces hommes avaient déclaré être favorables à l'utilisation de contraception et à leur implication dans les programmes visant la contraception post-avortement (Rasch et Lyaruu, 2005). Les parents pourraient aussi être sensibilisés sur les dangers des avortements à risque afin de ne pas les susciter chez leurs enfants, même dans de rares cas, mais plutôt de renforcer leur éducation sexuelle.

En outre, les résultats montrent que la plupart des avortements étaient clandestins à Lomé puisque plus de 60 % des avortements ont eu lieu à domicile ou chez des tradi-thérapeutes. Plusieurs femmes ont aussi avorté grâce à des prises orales de médicaments (18 %), des méthodes à base de plantes (15 %) et des injections (12 %) ; des méthodes qu'auraient probablement utilisées des femmes avorteuses (36 %), le mari/partenaire (18 %) ou les femmes elles-mêmes (4 %) pour procéder à l'avortement. Toutefois, le fait que le partenaire procède à l'avortement semble révéler qu'il va plus loin qu'une implication financière ou qu'un simple appui à la décision. On se demande alors s'il a provoqué l'avortement avec ou sans l'accord de la femme. D'après les analyses, les avortements de rang 1 se pratiquent généralement dans des conditions plus risquées que

les avortements répétés. Ce qui s'explique sans doute par le fait que les femmes choisissent un environnement moins risqué après qu'elles aient eu des complications en avortant pour la première fois. Elles ont aussi pu découvrir à la suite de leur premier avortement, l'existence de réseaux d'avortement faisant intervenir le système de santé.

Ainsi, l'étude certifie qu'à Lomé (Amegee, 1999), tout comme dans d'autres villes africaines (Calvès, 2002; Guillaume, 2003), les méthodes médicales d'avortement semblent être très utilisées, même si plusieurs femmes les utilisent uniquement après l'échec des méthodes non médicales utilisées lors d'une première tentative. En effet, presque 40 % des avortements ont été pratiqués par un personnel médical ou en milieux cliniques (notamment des centres de santé privés). Le personnel médical justifie peut-être parfois ces avortements par le fait que la loi autorise un avortement lorsque que la grossesse met en danger la vie de la femme, même si ce n'est pas le cas. Presque 45 % des avortements ont été provoqués par curetage ou aspiration, mais près de la moitié d'entre ces derniers (22 %) était des avortements incomplets car ils avaient été tentés au préalable par des méthodes non médicales. À Lomé, où plusieurs cliniques privées et cabinets médicaux sont installés sans avoir toujours l'autorisation nécessaire (Amegee, 1999), les professionnels de la santé semblent ainsi être des prestataires de services d'avortement en même temps que prestataires de soins post-avortement en prenant souvent en charge les complications d'avortements incomplets. Amegee (1999) s'est d'ailleurs confronté, dans le cadre de son étude, au silence dans certains cabinets médicaux de Lomé ; soulevant l'idée d'une certaine clandestinité de leurs pratiques.

Dans l'ensemble, les avortements ont entraîné des complications dans plus de 60 % des cas et une hospitalisation de la majorité des femmes. Toutefois, ces complications ne découlent pas uniquement des avortements qui ont eu lieu hors du système de la santé. Elles ne dévoilent que partiellement le caractère risqué et clandestin du phénomène puisqu'une partie des avortements pratiqués en milieu clinique a servi à terminer des tentatives risquées. Reflétant la forte stigmatisation entourant l'avortement au Togo, la plupart des avortements (78 %) ont entraîné des regrets ou des remords, principalement les premiers avortements. Par contre, les femmes qui avaient avorté plus d'une fois ont souvent tendance, soit à se culpabiliser, soit à être soulagées. Ces sentiments auraient pu être simultanés. Une étude récente, menée auprès de 75 patientes faisant un suivi dans un hôpital de Lomé après un avortement, a ainsi révélé la présence des sentiments de

soulagement en même temps que de craintes après l'avortement (Dassa *et al.*, 2009). Enfin, presque 74 % des avortements ont entraîné des problèmes entre les femmes et leurs parents. Néanmoins, ce sont principalement les premiers avortements ou ceux réalisés par les jeunes qui ont entraîné le plus souvent des effets négatifs sur la vie de la femme. Il serait alors envisageable de renforcer la sensibilisation de la population sur les dangers et les conséquences fréquents des avortements à risque. Ce renforcement est d'autant plus nécessaire que l'accueil des femmes à la suite de complications d'avortement est difficile, notamment au CHU de Lomé-Tokoin (Amegee, 1999).

Enfin, la présente étude a permis de décrire la participation de plusieurs acteurs du processus d'avortement à la pratique, tels que la femme elle-même, le partenaire, d'autres membres de la famille, le personnel médical et d'autres prestataires de services d'avortement. Toutefois, elle pourrait être davantage enrichie par des données hospitalières et celles des cliniques privées sur les complications d'avortement. Elle pourrait aussi être approfondie grâce à des informations issues d'entretiens individuels semi-dirigés auprès des femmes qui ont eu recours à au moins un avortement, auprès de leur partenaire et auprès de leurs parents afin de mieux comprendre les circonstances de la prise de décision et du recours à l'avortement.

Chapitre 6 - Connaissance de la loi sur l'avortement à Lomé (Togo), et attitudes des femmes et des professionnels de la santé face à la légalisation de l'avortement

Afiwa N'BOUKE, Solène LARDOUX et Anne-Emmanuèle CALVÈS

Résumé

Bien que la loi sur l'avortement soit restrictive au Togo, l'avortement est très utilisé dans la capitale surtout par les jeunes. En se basant sur les données de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP) de 2002, la présente étude s'intéresse à la connaissance exacte de cette loi ainsi qu'à l'attitude du personnel de trois centres de santé et des femmes de Lomé face à la légalisation de l'avortement. Les résultats montrent que seules 18 % des femmes interrogées connaissaient la loi et ses restrictions. Pourtant, la connaissance exacte pourrait accroître l'accès aux services légaux d'avortement. Les femmes qui sont plus susceptibles de connaître la loi sont principalement âgées de 25 ans ou plus, en union ou très instruites. Elles ont une connaissance des contraceptions et connaissent une parente ou amie qui a avorté. Les résultats montrent aussi que, même si le recours à l'avortement est largement stigmatisé à Lomé et si 91 % des enquêtées désapprouvent sa légalisation, plusieurs professionnels de la santé et quelques femmes trouvent des avantages à sa légalisation, qui permettrait de « réduire les avortements clandestins et risqués ». Les femmes susceptibles de se déclarer en faveur d'une telle légalisation sont âgées de 25 ans ou plus ou d'origine étrangère, ont un niveau d'instruction secondaire ou plus, utilisent une contraception (moderne ou non), ont avorté et connaissent une parente ou amie qui a avorté. Par contre, les femmes appartenant à d'autres religions chrétiennes, en dehors du catholicisme et du protestantisme, ont moins de chance que les catholiques d'approuver la légalisation de l'avortement.

Introduction

L'avortement entraîne de graves conséquences médicales lorsqu'il est pratiqué de façon illégale et dans des conditions sanitaires déficientes (Mundigo, 1992). En Afrique subsaharienne, où les avortements sont souvent clandestins et non médicalisés[31] (Amegee, 1999; Calvès, 2002; Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; Guillaume et Desgrees Du Loû, 2002), ils sont une cause importante de mortalité maternelle puisque 14 % des décès maternels leur ont été attribués en 2008 (World Health Organization, 2011). La crainte de répercussions sociales, associées à la stigmatisation des grossesses « hors normes », et l'illégalité de la procédure conduisent les femmes à garder secret leur processus d'avortement et à prendre des risques sanitaires en avortant clandestinement (Singh *et al.*, 2009). Mais, en cas d'échec et de complications, plusieurs femmes terminent parfois les avortements dans les hôpitaux et centres de santé (Oye-Adeniran *et al.*, 2005).

Le contexte légal et social est par conséquent un déterminant majeur des avortements à risque (Mundigo, 2006). Pourtant, le sujet de l'avortement n'a été explicitement abordé par les gouvernements que lors de deux conférences internationales. Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire, les gouvernements se sont engagés à fournir les moyens de contraception afin de prévenir l'avortement, notamment l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, ainsi qu'à augmenter la disponibilité des soins post-avortement (Nations Unies, 1994). Il a également été reconnu lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing que les avortements réalisés dans de mauvaises conditions posaient un problème de santé publique. Bien que la légalisation de l'avortement demeure un sujet très controversé, il y a été suggéré la révision des lois qui pénalisent les femmes qui avortent ainsi que la reconnaissance du « droit des femmes à exercer un contrôle sur les questions relatives à leur sexualité et à leur reproduction » et à prendre librement et de manière responsable les décisions en la matière (Nations Unies, 1996). Sur cette lancée, l'Union africaine (UA) a adopté le 11 juillet 2003 à Maputo, le protocole relatif aux droits des femmes en Afrique. Les États ont retenu, dans l'article 14 du protocole qui porte sur le droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction, de prendre les

---

[31] Des méthodes d'avortement non médicalisées souvent utilisées sont : la médecine traditionnelle et des herbes, des pilules et l'automédication, des douches faites de substances à base de plante, des insertions vaginales de plante mélangée à du kaolin, l'aspirine ou sédaspir plus du coca-cola chaud, permanganate, vinaigre plus vin, infusion de feuilles de plantes, introduction d'ovules de feuilles dans le vagin...

mesures pour *« protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus »* (Union Africaine, 2003). Toutefois, malgré ces engagements, peu de mesures sont effectivement prises par rapport aux services tels que des services post-avortement ou de contraception d'urgence (Cook *et al.*, 1999). Alors que l'ignorance par la femme de la loi et des conditions d'obtention d'un avortement légal peut augmenter son risque de recourir à un avortement clandestin et risqué (AGI, 1999), la connaissance des lois sur l'avortement est souvent faible, les droits sont peu ciblés et peu respectés, et l'autorisation du conjoint demeure primordiale dans l'accès aux services d'avortement (Gautier, 2002).

Au Togo, contrairement au code pénal français de 1810 en vigueur depuis l'indépendance et qui prohibait l'avortement dans son article 317, le nouveau code pénal togolais de 1980 ne fait aucune référence à l'avortement[32]. Jusqu'à récemment, la loi française de 1920 qui prévalait au Togo autorisait l'avortement seulement si la vie de la femme était en danger. Une autre loi adoptée en 1984 sur la protection de la jeune fille punit également toute personne qui contribue à faire avorter une fille inscrite dans un établissement d'enseignement ou dans un centre de formation professionnelle. Néanmoins, après la ratification du protocole de Maputo par le Togo en octobre 2005, une nouvelle loi sur la santé de la reproduction, abrogeant la loi de 1920, a été adoptée par les parlementaires togolais en décembre 2006. Malgré une certaine évolution, la loi sur l'avortement demeure restrictive et l'avortement n'est autorisé qu'en cas de viol ou d'inceste, dans une situation qui met en danger la vie et la santé de la femme, et lorsqu'il existe un haut risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection grave. Au vu de la progression des lois, et des changements sociaux, démographiques et économiques importants dans lesquels s'inscrit le recours accru à l'avortement dans la capitale togolaise (Beguy, 2004; Locoh, 1993), on s'interroge sur l'opinion sur l'avortement et sur sa légalisation à Lomé aujourd'hui.

Après une revue de littérature sur la question, nous présentons les données quantitatives collectées en 2002 auprès de 4755 femmes à Lomé, et les informations qualitatives

---

[32] http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm, site de la division de la population des Nations unies consulté en avril 2010.

issues de groupes de discussion avec des femmes et d'entretiens individuels réalisés auprès de professionnels de santé qui sont combinées dans la présente recherche. Cette étude vise à déterminer le niveau de connaissance de la loi togolaise sur l'avortement ainsi que les facteurs qui y sont associés. Elle cherche ensuite à comprendre l'attitude face à la légalisation de l'avortement en confrontant les déclarations des femmes, dont certaines ont avorté, avec celles des professionnels de la santé. Elle met enfin l'accent sur les facteurs associés à l'approbation par les femmes d'une éventuelle légalisation de l'avortement, des sujets encore peu traités dans la littérature africaine.

I. Attitude face à la légalisation de l'avortement et ses déterminants

Les études africaines qui ont porté sur l'attitude face à l'avortement ou à sa légalisation sont pour la plupart qualitatives (Kouwonou, 1999; Okonofua *et al.*, 2009; Oye-Adeniran *et al.*, 2005; Plummer *et al.*, 2008; Renne, 1996; Rossier *et al.*, 2001; Schuster, 2005; Varga, 2002). Elles montrent que la majorité des populations sur le continent condamne l'avortement, spécialement à cause de son caractère « illégal », « immoral », « contraire à la religion » et « dangereux » (Plummer *et al.*, 2008; Schuster, 2005; Varga, 2002). Les populations semblent aussi se prononcer contre sa légalisation. Une étude réalisée auprès de 49 décideurs politiques au Nigéria a montré à cet effet que, bien qu'aucun de ces décideurs ne connaissait les circonstances dans lesquelles l'avortement pouvait être obtenu légalement, plus d'un tiers d'entre eux ont déclaré que l'avortement ne devrait pas être légalisé sans conditions au Nigéria (Okonofua *et al.*, 2009). Ces décideurs ont justifié leur désapprobation par des considérations religieuses et morales, principalement à cause de la croissance de groupes religieux et d'organisations anti-avortement.

En revanche, certaines études ont dévoilé qu'une minorité de personnes se déclarait en faveur du recours à l'avortement ou de sa légalisation. Une étude menée au Burkina Faso auprès de 1522 hommes et femmes en milieu rural et auprès de 1380 hommes et femmes à Ouagadougou a montré que, bien que la majorité des enquêtés désapprouve le recours à l'avortement, plusieurs le trouvent acceptable en cas de « grossesses honteuses », en particulier prénuptiales ou issues d'adultère (Rossier, 2007). Le plus grand degré d'approbation de l'avortement a été obtenu à Ouagadougou pour le cas où la santé de la mère serait en danger. Une autre étude, menée en milieu rural burkinabé, a

révélé que l'avortement n'est pas « immoral » et peut même être accepté puisque les croyances et perceptions des Mossi stipulent l'absence de vie avant le quatrième mois de grossesse (Ouédraogo et Pictet, 2001). Par ailleurs, l'étude portant sur le Nigéria a révélé qu'environ 20 % des décideurs se sont déclarés en faveur d'une loi plus flexible, qui permettrait le recours à l'avortement dans de bonnes conditions mais en cas d'échec contraceptif, de viol, d'inceste ou d'infection aux VIH/Sida (Okonofua *et al.*, 2009).

Contrairement aux pays occidentaux où la légalisation de l'avortement a été une des victoires des féministes, elle ne semble pas encore constituer une revendication majeure des groupes de femmes sur le continent africain, mais des plaidoyers pour des lois plus libérales sont en croissance (Brookman-Amissah et Banda Moyo, 2004). Le sujet de la légalisation de l'avortement est, par conséquent, peu abordé dans la littérature en Afrique. Les rares études existantes se sont principalement penchées sur l'attitude face à l'avortement, plutôt que sur sa légalisation. Elles ont pu montrer que cette opinion est influencée par l'expérience de l'avortement ou le recours à l'avortement de l'entourage, par l'âge, le statut matrimonial, l'affiliation religieuse, le niveau d'instruction, le fait d'avoir migré ou d'être riche, l'ethnie et le sexe (Oye-Adeniran *et al.*, 2005; Plummer *et al.*, 2008; Rossier, 2007; Varga, 2002). Des études réalisées aux États-Unis (Cook *et al.*, 1993; Strickler et Danigelis, 2002; Wang, 2004), en Amérique Latine ou en Europe (Goldman *et al.*, 2005; Wall *et al.*, 1999; Yam *et al.*, 2006) ont aussi révélé une association entre l'attitude face à l'avortement ou face à un avortement légal d'une part, et la religiosité, le revenu, le lieu de résidence à 16 ans, l'attitude face aux « rôles selon le genre », la taille idéale de la famille ou la connaissance correcte de la loi d'autre part.

En mesurant l'attitude face à l'avortement par le nombre de situations dans lesquelles l'enquêté approuve le recours à l'avortement, l'étude menée au Burkina Faso a révélé qu'en milieu rural, les plus jeunes et les mariés sont plus susceptibles d'accepter l'avortement (Rossier, 2007). La différence d'attitude entre les jeunes et les anciennes générations peut être due à des variations dans le temps des valeurs et opinions face à l'avortement (Cook *et al.*, 1993; Strickler et Danigelis, 2002) ou au fait que les valeurs de la société sont peu intériorisées par les jeunes pour agir sur eux (Hoffmeier, 1994).

Malgré la perception négative de l'avortement chez une majorité de chrétiens et de musulmans, l'étude de Ouagadougou montre que les chrétiens sont plus enclins à s'y

opposer que les personnes appartenant aux autres religions (Rossier, 2007). Toutefois, une étude qualitative portant sur deux États du Nigéria (Oye-Adeniran *et al.*, 2005) révèle que les chrétiens trouvent l'avortement acceptable si c'est pour éviter la honte à la famille, alors que les musulmans restent fermes sur leur position en le décrivant comme étant un « meurtre ».

Il est aussi plus probable que les personnes fortement éduquées aient une attitude favorable à l'avortement, comparativement aux personnes non instruites (Rossier, 2007; Yam *et al.*, 2006). En testant les hypothèses de Reiss, qui stipulent que les facteurs socioculturels influent sur les attitudes et comportements sexuels à travers la perception des « rôles selon le genre », Wang (2004) explique la relation entre le niveau d'instruction et l'attitude face à l'avortement aux États-Unis par le fait qu'un niveau d'instruction élevé est associé à un nombre idéal réduit d'enfants ; ce qui augmenterait significativement le degré de tolérance vis-à-vis de l'avortement.

L'étude sur le Burkina Faso révèle enfin que les personnes plus riches sont plus susceptibles d'accepter l'avortement que les moins riches (Rossier, 2007). Par ailleurs, d'autres études ont montré que les femmes qui ont essayé d'avorter ou ont avorté, et celles qui connaissent des amies qui ont fait de même, sont plus susceptibles de ne pas condamner l'avortement (Plummer *et al.*, 2008; Yam *et al.*, 2006).

Malgré ces multiples études, il n'existe pas de cadre clair d'analyse de l'attitude face à la légalisation de l'avortement. Aussi, les facteurs associés à la connaissance de la loi sur l'avortement sont peu documentés, exceptés le niveau d'instruction et le lieu de résidence qui ont été révélés par une étude menée auprès de jeunes mexicains (Becker *et al.*, 2002).

II. Méthodologie

Les données proviennent de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP), organisée conjointement par l'Unité de recherche démographique (URD) de l'Université de Lomé et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elles ont été collectées de juillet à août 2002 dans la ville de Lomé et dans sa banlieue, auprès d'un échantillon auto-pondéré et représentatif de la population féminine âgée de 15-

49 ans. L'enquête s'intéressait, entre autres, à l'impact de l'avortement sur les niveaux de fécondité enregistrés à Lomé, aux conditions et circonstances du recours à l'avortement et aux raisons qui poussent les femmes à cet acte (URD et OMS, 2002a). L'avortement étant un sujet sensible à cause de sa réprobation sociale, de ses enjeux éthiques et de la législation restrictive, les déclarations des enquêtées ont pu demeurer très normatives car l'enquête a été réalisée en « face à face ». De plus, c'était la loi française de 1920, réprimant la provocation à l'avortement et autorisant l'avortement seulement si la vie de la femme est en danger, qui prévalait au Togo au moment de la collecte des données en 2002. Toutefois, il a été recommandé aux enquêtrices d'établir un rapport de confiance avec les enquêtées, de les interviewer seules, de mettre l'accent sur le caractère confidentiel des réponses et d'être neutre pendant l'interview (URD et OMS, 2002a). Les deux volets (quantitatif et qualitatif) que comporte l'enquête sont utilisés dans cette étude.

II.1 Les données quantitatives

Le volet quantitatif a ciblé 4755 femmes âgées de 15-49 ans qui ont été retenues dans 3266 ménages, sélectionnés proportionnellement à la taille des 129 grappes de Lomé. Les deux premiers modules du questionnaire administré portent sur les caractéristiques socio-économiques et démographiques des femmes, et sur leur connaissance et utilisation des contraceptions. Le troisième module fournit l'historique complet des grossesses des enquêtées et leur issue. Le dernier module, qui sera principalement utilisé, renseigne entre autres sur le premier et/ou le dernier avortement, et sur la connaissance d'une personne qui a déjà avorté. Plusieurs femmes interrogées lors de ce volet étaient commerçantes (48 %), de religion catholique (44 %) et d'ethnie adja-éwé (70 %) ; ces caractéristiques étant majoritaires à Lomé. Plus de la moitié des femmes (54 %) étaient en union au moment de l'enquête et 38 % étaient encore célibataires. Environ 9 enquêtées sur 10 ont déjà eu des rapports sexuels. Presque un tiers (32,4 %) des enquêtées ayant été enceintes au moins une fois a déclaré avoir déjà avorté, et environ 43 % des enquêtées connaissait une parente ou amie qui a déjà avorté. Enfin, près de 34 % des femmes ayant déjà avorté ont eu recours à des avortements répétés.

Notre première variable dépendante « Connaissance de la loi sur l'avortement » dérive de la question *« pensez-vous qu'il existe une loi au Togo qui interdit l'avortement provoqué ? ».* Les femmes, ayant répondu *« oui »*, devront citer les conditions dans

lesquelles l'avortement était autorisé. Certaines études (Rossier, 2007; Strickler et Danigelis, 2002; Wang, 2004) ont utilisé comme variable dépendante, un indicateur d'approbation correspondant au nombre de conditions dans lesquelles l'enquêté approuve le recours à l'avortement ou l'obtention d'un avortement légal. Toutefois, en l'absence de l'avis des enquêtées sur plusieurs situations dans nos données, nous utilisons une variable binaire. Notre deuxième variable dépendante « Attitude face à la légalisation de l'avortement » est alors basée sur la question *« pensez-vous que l'avortement provoqué doit être légalisé au Togo ? »*. Si *« non, pour quelle raison principale ? »*. Si *« oui, pour quelle raison principale ? »*. Une troisième catégorie, regroupant les réponses *« ne sait pas »*, ne sera pas considérée dans les analyses multi-variées. Néanmoins, nous discuterons le profil des femmes qui ont eu cette position face à la légalisation de l'avortement.

Dans une partie descriptive, des tableaux et graphiques permettront d'explorer le niveau de connaissance de la loi, l'attitude face à la légalisation de l'avortement et les raisons justifiant cette attitude à Lomé.

Dans des parties explicatives, nous modéliserons la probabilité qu'une femme ait une connaissance exacte de la loi sur l'avortement et la probabilité qu'une femme approuve la légalisation de l'avortement. Nos deux variables dépendantes étant dichotomiques, nous procéderons à des régressions logistiques. Pour tenir compte de la variabilité éventuelle ou non de l'attitude des femmes qui résident dans un même quartier, nous utiliserons l'option « cluster » du logiciel Stata afin d'ajuster les erreurs corrélées pour les femmes qui ont été enquêtées dans un même quartier. Le modèle logit s'écrit pour la femme i (Rabe-Hesketh et Skrondal, 2008: p.232) :

$$\text{Logit}\left(\pi_i = 1\right) = \beta_0 + \beta_1 X_i$$

π_i est la probabilité considérée pour la femme i. Les paramètres β_0 *et* β_1 sont estimés en maximisant la fonction de vraisemblance. X représente la matrice des variables indépendantes socio-économiques et démographiques mesurées chez chaque femme i au moment de l'enquête. Nous testerons entre autres, dans les analyses multi-variées, l'hypothèse que la probabilité d'approuver la légalisation de l'avortement varie selon la religion (à défaut de la religiosité), qu'elle est plus élevée chez les jeunes, les femmes en union, instruites ou qui disposent d'un revenu. L'ethnie est une variable de contrôle.

Des variables en lien avec la contraception ou l'avortement seront également prises en compte. Spécifiquement, on s'attend à ce que la chance d'approuver la légalisation de l'avortement soit plus élevée chez les femmes qui ont une connaissance des méthodes contraceptives, chez celles qui en utilisent (à défaut du nombre idéal d'enfants), chez celles qui ont avorté ou qui connaissent quelqu'une qui l'a déjà fait. Les résultats seront présentés sous forme de rapport de chances. Un rapport de chances supérieur à 1 signifie que les personnes ayant la modalité considérée sont plus susceptibles que celles ayant la modalité de référence, de connaître l'événement, toutes choses égales par ailleurs. Un rapport compris entre 0 et 1 indique l'effet inverse.

II.2 Les données qualitatives

Nous complétons les informations quantitatives par celles collectées lors des discussions de groupes et des entretiens individuels du volet qualitatif de l'EPAP, qui s'est tenu deux semaines après la fin des collectes du volet quantitatif. Les entretiens se sont déroulés en français et ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif, alors qu'un canevas a guidé les discussions de groupes qui se sont déroulées en langues locales, principalement en éwé/mina. Les entrevues ont été enregistrées sur des cassettes puis transcrites en français par des chercheures du projet. On a demandé aux enquêtées du volet quantitatif si elles acceptaient de participer ultérieurement à des discussions de groupes. Parmi les enquêtées consentantes, environ 95 femmes ont été tirées au hasard pour participer à dix séances de discussions. Les groupes de discussions étaient composés de femmes ayant déjà avorté et de femmes n'ayant jamais avorté afin de garantir l'anonymat de celles qui ont avorté. De plus, l'identité des participantes n'était pas connue des modérateurs des séances de discussion. Les groupes étant définis selon l'âge et le niveau d'instruction[33], deux groupes de jeunes femmes instruites, deux groupes de jeunes non instruites, trois groupes de femmes plus âgées (25 ans et plus) et instruites, et trois groupes de femmes plus âgées mais non instruites, ont été constitués. Le nombre de femmes par groupe variait entre 7 et 10. Les discussions ont porté sur la définition de l'avortement telle que perçue par les femmes et sur leurs perceptions de la légalisation de l'avortement. D'autres questions, notamment sur les conditions, raisons,

---

[33] Le terme « jeunes » sera utilisé pour les femmes âgées de 15-24 ans et le terme « plus âgées » désignera celles âgées de 25 ans et plus. Les femmes qui ont un niveau d'instruction inférieur ou égal au CM2 (6ème année du primaire) sont « non instruites », celles ayant un niveau secondaire et plus sont « instruites ».

conséquences, circonstances de prise de la décision d'avorter ou autre, ont également été abordées. Néanmoins, les discussions de groupes ne semblent pas être le meilleur moyen d'appréhender de façon approfondie ces questions qui nécessiteraient un certain vécu des femmes plutôt que des discours normatifs. Avec la possibilité d'une exagération dans les propos des femmes, nous nous limitons à leurs avis sur l'avortement et sur sa légalisation. Précisément, il a été demandé aux femmes leur opinion *« sur les avantages et inconvénients de l'avortement comme acte légal »* et *« sur les avantages et inconvénients de l'avortement comme acte illégal »*.

Enfin, les entretiens individuels ont été menés auprès de professionnels de la santé, tirés au hasard sur une liste du personnel préalablement constituée dans trois centres de santé à Lomé. Il s'agit du centre hospitalier universitaire (CHU) de Tokoin, du centre de l'association togolaise pour le bien-être familial (ATBEF) et de l'hôpital secondaire de Bè ; les centres de planification familiale (PF) de l'ATBEF et de Bè étant les plus actifs du Togo (Amegee, 1999). Étant tous de sexe féminin, onze professionnels de la santé dont 7 dans des services de gynécologie, 4 dans des services de PF, se sont exprimés entre autres sur ce qu'ils pensaient de l'avortement et de sa légalisation au Togo. Des questions sur les types de prise en charge prévus dans les services de gynécologie en cas de complication d'avortement provoqué et sur les méthodes contraceptives conseillées et disponibles dans les centres de PF ont été abordées mais n'ont pas pu être utilisées. En effet, la manière dont ces questions ont été posées comporte un très grand risque d'aboutir à des réponses qui tendent à être conformes aux normes et protocoles en santé, qui sont censés être utilisés par les services mais ne sont pas en réalité appliqués. Par conséquent, nous nous limitons aux questions liées aux perceptions sur la légalisation, formulées comme suit : *« que pensez-vous de l'avortement provoqué ? »* et *« il existe au Togo une loi qui interdit l'avortement provoqué. Que pensez-vous de cette loi ? »*.

Une analyse de contenu des discussions des groupes de femmes et des entretiens avec les agents de santé permettra de confronter les attitudes des deux cibles face à l'avortement et à sa légalisation, ainsi que les raisons justifiant ces attitudes. Les résultats seront présentés en même temps que les résultats des données quantitatives. Le même canevas étant utilisé pour toutes les discussions, l'analyse se fera dans une perspective comparative selon les caractéristiques des groupes. Les transcriptions des

entretiens et des discussions sont traitées avec ATLAS.ti, un logiciel conçu pour l'analyse et la manipulation des données qualitatives.

III. Résultats

III.1 Stigmatisation de l'avortement à Lomé

Malgré sa prévalence élevée à Lomé, le recours à l'avortement y est fortement stigmatisé. La quasi totalité des femmes qui ont participé aux discussions de groupe a déclaré que « l'avortement n'est pas une bonne chose ». Selon les propos des femmes qui font beaucoup référence à la religion, l'avortement est perçu de façon majoritaire comme un « crime », un « meurtre » et un « péché devant Dieu ».

R1 : Être enceinte et avorter, c'est un grand péché. Elle a péché, pour avoir avorté.

Q : Maintenant, je veux comprendre l'avortement même.

R2 : C'est un meurtre.

R3 : L'avortement c'est un meurtre, un grand péché.

R4 : Ces pratiques sont mauvaises, ce n'est pas bon, ça ne vous arrange pas, c'est un péché.

[Groupe de discussion de femmes plus âgées et non instruites]

La majorité des entretiens menés auprès des professionnels de la santé va également dans le même sens.

Les avortements provoqués sont très mauvais ! ..., je crois qu'au niveau de l'individu lui-même c'est mauvais, au niveau du spirituel, c'est mauvais, de la religion, c'est mauvais, que tu sois de n'importe quelle religion ..., l'avortement provoqué n'est pas une bonne chose pour la personne…

[Femme, personnel de centre de PF et gynécologie]

Cette stigmatisation se justifie de plusieurs manières. La plupart des femmes ont principalement justifié leurs propos par les conséquences néfastes et les complications qui peuvent découler d'un avortement, surtout l'infertilité ou la mort.

... Cela peut causer ta propre mort, toi qui avortes, ça peut te causer la stérilité… Et nos mères qui ont déjà des enfants, le fait de faire certaines choses leur causera la contamination des maladies peut-être mortelles. Nous qui n'avons pas encore fini de faire des enfants et qui avortons pour espacer les naissances, ce n'est pas bon… Tu peux avorter et avoir des problèmes pour faire des enfants après.

[Groupe de discussion de femmes plus âgées et instruites]

Ce que moi j'ai à dire, l'avortement n'est pas une bonne chose, l'avortement est un crime. Il détruit notre organisme. Il entraîne aussi des malédictions dans le pays !
[Groupe de discussion de jeunes instruites]

La plupart des professionnels de la santé se sont appuyés sur leurs expériences des traitements des complications des avortements, principalement à risque, pour justifier leur désapprobation.

Pour des conséquences que ça entraîne, moi personnellement je pense que des avortements provoqués, ce n'est pas bon…, ça entraîne des infections, les infections qui peuvent boucher les trompes, avec des séquelles, finalement on « saute » l'utérus et tu vas devenir stérile… ça sera nocif pour ton organisme… les conséquences sont très sévères. Donc il faut éviter ça à tout prix.
[Femme, personnel de service de gynécologie]

D'autres raisons ont aussi été évoquées dans les groupes de discussion pour justifier la réprobation de l'avortement. Plusieurs femmes ont insisté sur le fait qu'« une femme doit accoucher toute grossesse ». Certaines femmes ont même suggéré, pour les cas de grossesses « honteuses » (infidélité, viol ou inceste), que « la femme s'absente de son lieu habituel de résidence pour accoucher et confier l'enfant avant d'y revenir » plutôt que d'avorter. L'accouchement serait alors l'issue « idéale » pour toutes les grossesses.

Enfin, la majorité des femmes a déclaré, lors des discussions, approuver « l'utilisation de la contraception comme moyen d'espacement et de limitation des naissances, plutôt que le recours à l'avortement ». Très peu de participantes ont déclaré qu'utiliser une contraception est aussi « une façon de commettre un crime ». Une de ces femmes, en faisant encore une référence à la religion, a d'ailleurs proposé la prière pendant que les deux autres ont proposé l'abstinence ou la méthode Ogino pour réguler les naissances.

III.2 Faible connaissance de la loi sur l'avortement

En plus de la forte stigmatisation, les avortements ont lieu à Lomé dans un contexte d'ignorance de la loi. Comme le montrent les données du volet quantitatif (tableau 6.1), seulement 37 % des enquêtées ont déclaré connaître l'existence d'une loi qui interdit l'avortement au Togo. Cette connaissance est en lien avec l'histoire génésique des femmes. En effet, 30,2 % des femmes qui n'ont jamais été enceintes connaissent cette

loi alors que ce pourcentage est de 39,6 % chez celles qui ont été enceintes mais n'ont jamais avorté, et de 41,6 % chez les femmes qui ont avorté au moins une fois.

Tableau 6.1 : Répartition des femmes (%) selon leur connaissance de la loi sur l'avortement et selon qu'elles ont déjà avorté ou non

Connaissance de la loi sur l'avortement ***	Avoir déjà avorté			Ensemble des femmes
	N'a jamais été enceinte	N'a jamais avorté	A déjà avorté	
Oui	30,2	39,6	41,6	37,0 *(1761)*
Non / ne sait pas	69,8	60,4	58,4	63,0 *(2994)*
Total *(Effectif)*	100 *(1525)*	100 *(2183)*	100 *(1047)*	100 *(4755)*
Connaissance des conditions dans lesquelles l'avortement est autorisé (menaces pour la vie de la mère) **				
Oui	44,0	48,8	54,4	48,9 *(862)*
Non	56,0	51,2	45,6	51,1 *(899)*
Total *(Effectif)* déclarant connaître la loi	100 *(461)*	100 *(864)*	100 *(436)*	100 *(1761)*

Source : EPAP, URD-OMS, 2002
**** Test de Chi-deux significatif à 0,1 % ; ** à 1 %*

Plus de la moitié (51 %) des femmes qui ont déclaré connaître la loi ne savaient pas que la loi autorisait l'avortement uniquement si la vie de la femme était en danger. Tout comme pour l'existence de la loi, la connaissance des restrictions que comporte la loi varie selon que les femmes n'ont jamais été enceintes (44 %), ont été enceintes mais n'ont jamais avorté (48,8 %) ou ont déjà avorté (54,4 %). Globalement, seules 18 % de toutes les enquêtées ont une bonne connaissance de la loi sur l'avortement (tableau en annexe de ce chapitre), c'est-à-dire qu'elles connaissent l'existence de la loi ainsi que les conditions dans lesquelles l'avortement est autorisé au Togo.

En dehors de cette méconnaissance de la loi, certaines femmes ayant participé aux discussions de groupe et certains professionnels de santé appuient le fait qu'il est difficile de faire appliquer la loi interdisant l'avortement puisque des avortements clandestins ont bien lieu à Lomé.

Moi je vois que la loi existe mais on avorte, c'est que certaines grossesses constituent des problèmes à la personne ou bien il se révèle nécessaire que cette grossesse, forcément, les conditions dans lesquelles elle se trouve, ne peut pas être gardée, elle doit être détruite. C'est ce qui fait « qu'on casse la loi ». La loi existe mais on la « casse ».
[Groupe de discussion de femmes plus âgées et non instruites]

Q: … Il existe une loi au Togo qui interdit l'avortement. Que pensez-vous de cette loi ?
R: (sourire) Hum! Est-ce qu'elle existe toujours? (sourire) paraît que la loi est là mais on se demande si les gens y pensent encore, parce que la loi c'est vrai, a été…comment on dit même ?…

Q: Promulguée.

R: Promulguée ! Mais … il n'y a pas de mesure qu'on prend pour…alors moi je me demande si elle existe toujours (rire).

[Femme, personnel de service de gynécologie]

III.3 Facteurs associés à la connaissance de la loi sur l'avortement

Le tableau 6.2 présente les résultats de trois modèles logistiques de la probabilité qu'une femme ait une connaissance exacte de la loi sur l'avortement. Le modèle 0 est uni-varié, le modèle 1 teste les effets des variables socio-économiques et démographiques, y compris l'ethnie, le modèle 2 y ajoute des variables en lien avec la contraception ou l'avortement. La significativité des effets de certaines variables, par exemple l'ethnie, le fait d'avoir un revenu ou d'avoir déjà avorté, disparaît dans les modèles multi-variés, suggérant que les effets sont médiatisés par les variables qui y ont été contrôlées. Les résultats montrent que la connaissance exacte de la loi est significativement influencée par l'âge, la religion, le statut matrimonial et le niveau d'instruction.

En effet, les femmes âgées de 25-34 ans ou de 35-49 ans sont plus susceptibles que celles de moins de 25 ans de connaître la loi sur l'avortement, toutes choses égales par ailleurs. De même, les femmes mariées ou en union libre sont plus enclines à connaître la loi que celles qui ne sont pas en union. Les femmes qui ont atteint un niveau secondaire ou plus sont plus susceptibles de connaître la loi que celles qui ne sont pas instruites. Par contre, quel que soit le modèle considéré, il est moins probable que les femmes musulmanes et celles qui n'appartiennent à aucune religion connaissent exactement la loi sur l'avortement, comparativement aux catholiques.

En tenant compte des variables qui sont en lien avec la contraception ou l'avortement (modèle 2), les résultats révèlent que la connaissance contraceptive et la connaissance d'une parente ou amie qui a déjà avorté sont associées à une chance plus élevée de connaître la loi sur l'avortement, toutes choses égales par ailleurs.

<u>Tableau</u> 6.2 : Régressions logistiques (rapport de chances) de la probabilité d'avoir une connaissance exacte de la loi sur l'avortement

Variables Modalités	Modèle 0	Modèle 1	Modèle 2
Variables socio-économiques et démographiques			
Age (en années)			
15-24 (réf)	*1*	*1*	*1*
25-34	1,46***	1,41***	1,38***
35-49	1,92***	1,86***	1,82***
Religion			
Catholique (réf)	*1*	*1*	*1*
Traditionnelle	1,08	1,06	1,09
Protestante [a]	1,17	1,14	1,14
Islamique	0,66**	0,66*	0,68*
Autres (surtout chrétiennes)	1,00	1,01	1,00
Aucune	0,66**	0,69**	0,70**
Statut matrimonial			
Pas en union (réf)	*1*	*1*	*1*
En union	1,50***	1,42***	1,40***
Niveau d'instruction			
Aucun niveau (réf)	*1*	*1*	*1*
Primaire	1,11	1,18	1,14
Secondaire et supérieur	1,39***	1,48***	1,39***
La femme a un revenu			
Sans revenu (Élève/étudiante/apprentie) (réf)	*1*	*1*	*1*
Sans revenu (sans activité/retraitée/chômeuse et autres)	1,05	0,81	0,81
A un revenu	1,22*	0,79	0,78
Ethnie **(variable de contrôle)**			
Adja-éwé (réf)	*1*	*1*	*1*
Kabyè-tem	1,06	1,23	1,21
Autres togolaises	0,89	1,02	1,01
Étrangères	0,74*	0,84	0,86
Variables en lien avec la contraception ou l'avortement			
Connaissance contraceptive			
Aucune méthode (réf)	*1*		*1*
Contraception moderne	2,47***		1,89*
Autre mode de contraception	5,91***		4,72***
Pratique contraceptive			
Aucune contraception (réf)	*1*		*1*
Contraception moderne	1,06		1,07
Autres méthodes	1,21		1,07
Avoir déjà avorté			
Non (réf)	*1*		*1*
Oui	1,44***		1,21
Connaissance de parente/amie ayant avorté			
Non (réf)	*1*		*1*
Oui	1,26***		1,20**
Probabilités moyennes prédites		0,1813	0,1813
Nombre de femmes	4755	4755	4755
Nombre de quartiers	66	66	66
Log Pseudolikelihood		-2200,45	-2185,49
Test de Wald (significativité conjointe du dernier groupe de variables)			P = 0,0001

Source : EPAP, URD-OMS, 2002
*(réf) représente la modalité en référence. Niveaux de significativité (*** 1 %, ** 5 %, et * 10 %).*
[a] Protestante presbytérienne, baptiste, méthodiste
Étant donné que plusieurs femmes ont été enquêtées dans un même quartier, l'option « cluster » de Stata a été utilisée afin d'obtenir des erreurs types robustes (clustered sandwich estimator).

III.4 Désapprobation quasi générale de la légalisation de l'avortement

Même si la loi est méconnue de la plupart des enquêtées, 91 % d'entre elles se sont déclarées en défaveur de la légalisation de l'avortement au Togo. Plus de 3 % des femmes ont une attitude neutre face à une éventuelle légalisation alors que seules 6 %

ont déclaré l'approuver (tableau 6.3). L'attitude face à la légalisation de l'avortement varie selon l'histoire génésique des femmes et selon leur connaissance de la loi sur l'avortement. Ainsi, respectivement 5,2 % des femmes qui n'ont jamais été enceintes et 4,4 % des femmes qui ont déjà été enceintes mais n'ont jamais avorté se déclarent en faveur de la légalisation, alors que ce pourcentage est de 9,8 % parmi celles qui ont déjà avorté. Les femmes qui ont déjà avorté sont donc plus nombreuses à approuver la légalisation de l'avortement que les autres. De même, les femmes qui ont une connaissance exacte de la loi sont plus nombreuses à approuver la légalisation de l'avortement (7,1 %) que celles qui ne la connaissent pas (5,6 %).

En revanche, la proportion de femmes qui ont une attitude neutre ou indécise est plus élevée parmi celles qui n'ont jamais été enceintes comparativement aux autres. Elle est aussi plus élevée parmi les femmes qui ne connaissent pas la loi sur l'avortement que parmi celles qui la connaissent.

Tableau 6.3 : Attitude des femmes (%) face à la légalisation de l'avortement selon qu'elles ont déjà avorté ou non et selon leur connaissance exacte de la loi sur l'avortement

Attitude	Avoir déjà avorté ***			Bonne connaissance de la loi**		Ensemble des femmes
	N'a jamais été enceinte	N'a jamais avorté	A déjà avorté	Non	Oui	
Désapprobation	90,6	93,3	86,4	90,8	91,3	90,9 *(4322)*
Approbation	5,2	4,4	9,8	5,6	7,1	5,8 *(278)*
Neutre (ne sait pas)	4,2	2,3	3,8	3,6	1,6	3,3 *(155)*
Total *(Effectif)*	100 *(1525)*	100 *(2183)*	100 *(1047)*	100 *(3 893)*	100 *(862)*	100 *(4755)*

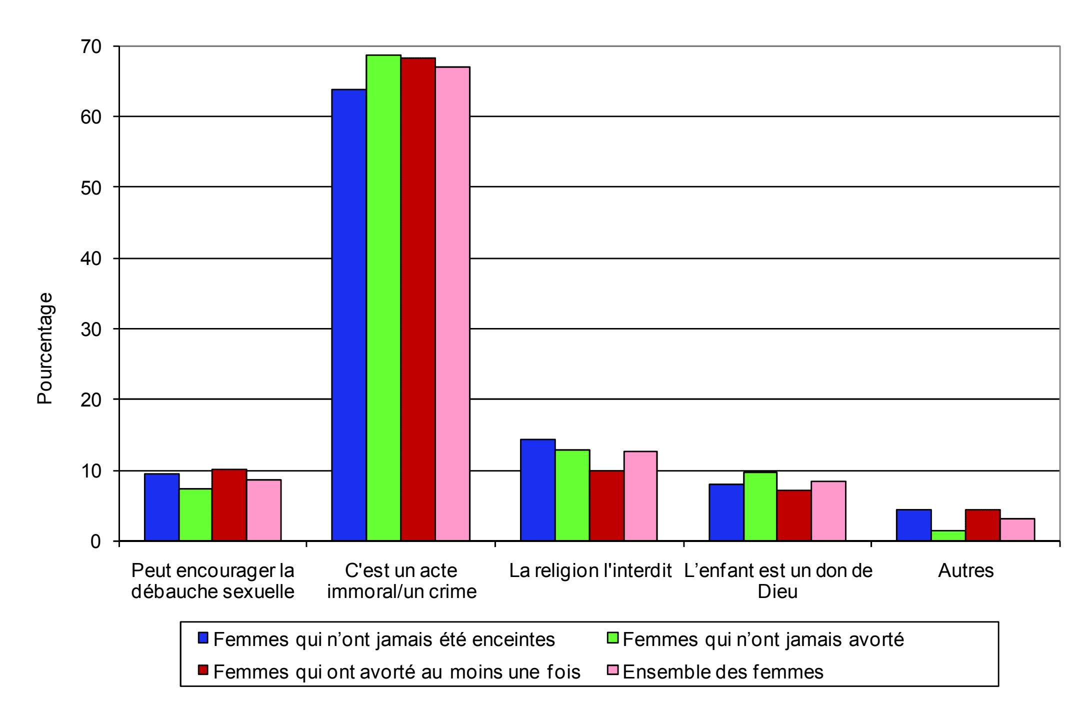
Source : EPAP, URD-OMS, 2002
**** Test de Chi-deux significatif à 0,1 % ; ** à 1 %*

Une description plus approfondie des femmes qui ont cette attitude neutre (tableau en annexe de ce chapitre) révèle un profil qui semble être très proche du profil de celles qui désapprouvent la légalisation de l'avortement. Ces femmes sont en moyenne assez jeunes (52 % sont âgées de moins de 25 ans), sont peu nombreuses à être catholiques (39 %) ou en union (43 %). De plus, presque 42 % de ces femmes n'ont jamais été enceintes. Elles sont ainsi moins nombreuses que les femmes qui approuvent la légalisation de l'avortement, à avoir expérimenté une grossesse non désirée (34 %) ou un avortement (26 %). Seulement 40 % d'entre elles ont déclaré connaître une parente ou amie qui a déjà avorté. Par conséquent, il se pourrait que les jeunes célibataires, qui n'ont majoritairement jamais été enceintes, aient une position hésitante quant à la légalisation de l'avortement au Togo.

- *Désapprobation pour des raisons « morales » et « religieuses »*

À l'image des discussions de groupes, le graphique 6.1, qui représente les raisons justifiant la désapprobation de la légalisation de l'avortement, montre que la principale raison avancée est qu'il s'agit d'un « acte immoral » et d'un « crime » (67 %). Ce justificatif est un peu plus fréquemment fourni par les femmes qui ont déjà été enceintes mais n'ont jamais avorté (69 %) et par celles qui ont déjà avorté (68 %), que par celles qui n'ont jamais été enceintes (64 %). Ces dernières, pouvant être majoritairement jeunes, criminalisent peut-être moins souvent l'avortement même si elles désapprouvent sa légalisation. Le fait que la religion interdise l'avortement (13 %) et la considération de l'enfant comme un « don de Dieu » (8,5 %) sont aussi des arguments donnés pour justifier la désapprobation. Enfin, 8,6 % des enquêtées qui sont contre la légalisation de l'avortement pensent qu'elle pourrait encourager une « sexualité désordonnée ».

Graphique 6.1 : Répartition des femmes (%) selon les raisons justifiant la désapprobation de la légalisation de l'avortement et selon qu'elles ont déjà avorté ou non (N=4302)



Source : EPAP, URD-OMS, 2002
Note : Le lien entre les raisons et le fait d'avoir avorté est significatif, la valeur p du test de Chi-deux = 0,000.

La majorité des participantes aux discussions ayant déclaré être contre la légalisation de l'avortement ont affirmé préférer que la loi interdise l'acte « afin de pousser les couples à planifier les grossesses » et à « prendre des précautions pour éviter des grossesses surprises ». Par exemple, les femmes plus âgées croient que « l'interdiction obligerait

les jeunes à s'abstenir des relations sexuelles avant le mariage ». En allant dans le sens d'un des résultats du volet quantitatif, une grande partie des participantes craint que la légalisation de l'avortement crée « le désordre » et un « usage abusif » de cette pratique.

Si la loi autorise l'avortement, ... les gens ne seront plus nombreux dans le pays. Parce que comme la loi l'autorise, il y aura facilement de l'adultère dans le pays. Dès que je tomberai enceinte, je pourrai aisément avorter. Dès qu'une femme le fait, une seconde le fera et ainsi de suite, l'avortement deviendra une habitude dans le pays… Nous n'aurons même plus envie de nous marier et de fonder un foyer. Dès que je tomberai enceinte, je pourrai aisément faire le choix entre accoucher ou avorter. Il y aura un désordre organisé dans le pays, suivi de maladies.
[Groupe de discussion de jeunes instruites]

Plusieurs femmes plus âgées ont également justifié leur désapprobation par le fait que l'avortement « entraîne des complications ». Selon ces femmes, que l'avortement se déroule à la maison ou chez un spécialiste, « il y a toujours un danger ». C'est comme si un avortement effectué dans de bonnes conditions sanitaires entraînerait toujours des conséquences. En revanche, plusieurs jeunes femmes pensent que la légalisation de l'avortement augmenterait le recours à l'avortement. Ce qui « réduirait la taille de la population du pays » et nuirait « à la construction et au développement du pays » puisque les enfants, s'ils naissaient « pourraient grandir et être utiles à leur pays ».

La plupart des professionnels de la santé ont déclaré eux aussi, lors des entretiens, être contre la légalisation de l'avortement au Togo car elle encouragerait, d'après eux, un « désordre » et des « avortements répétitifs et aisés ». Selon leurs propos, l'avortement pourrait être « assimilé à une contraception » s'il devenait légal.

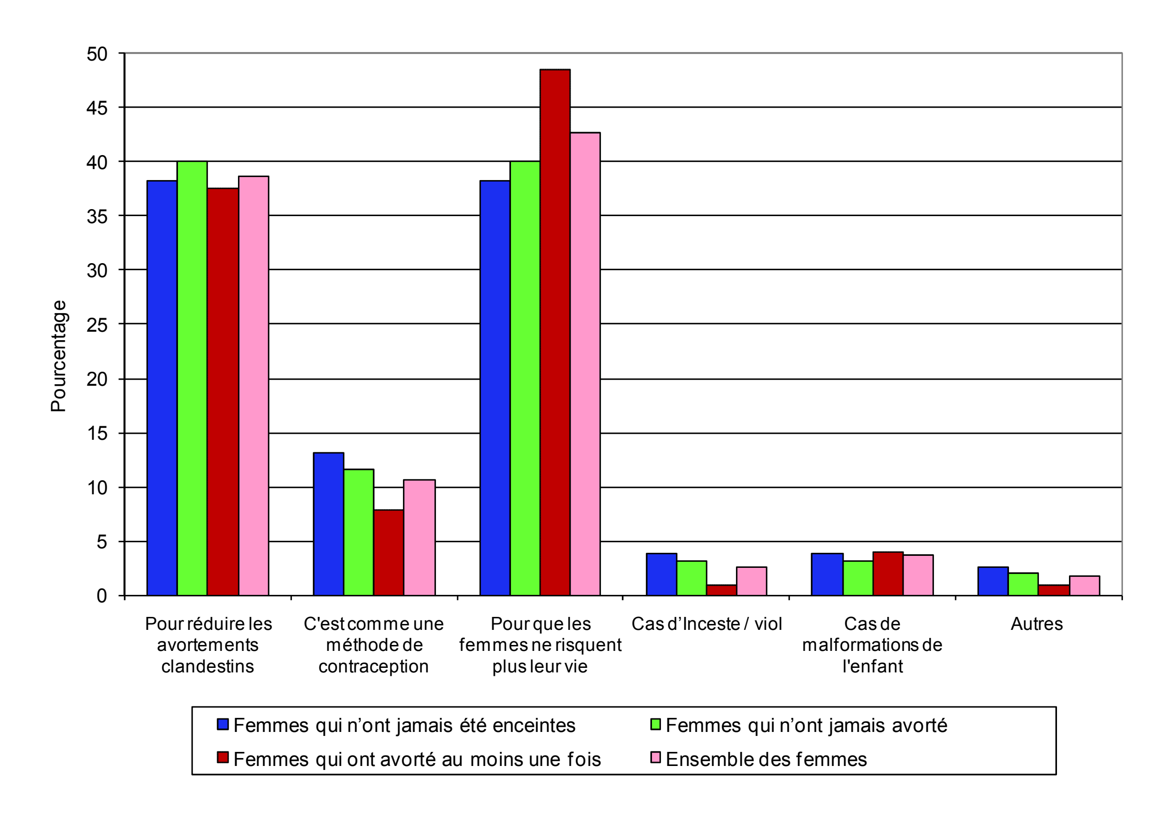
Parce que quand un État légalise l'avortement… (sourire, expression d'embarras), moi je crois que ça va conduire sa population à la dépravation sexuelle… Moi je suis chrétienne. Parce que dans la Bible on défend d'avorter. Et tout péché a toujours un inconvénient. Quand on va légaliser cette loi là pour que les gens avortent en désordre, peut-être qu'il y aura plus de malédiction sur le pays. Alors (léger rire) autant garder la loi de ne pas légaliser l'avortement.
[Femme, personnel de centre de PF]

L'avortement peut devenir une méthode de contraception chez certaines femmes… Quand on libère, je pense que grand nombre vont quitter les méthodes de planification familiale pour s'accrocher à l'avortement.
[Femme, personnel de centre de PF]

- *Approbation pour des raisons sanitaires*

L'acceptation de la légalisation de l'avortement se justifie principalement par le souci de réduire les avortements à risque et de sauvegarder la santé des femmes (graphique 6.2). Près de la moitié (43 %) des rares femmes qui se disent être en faveur de la légalisation de l'avortement a affirmé cette position pour « que les femmes ne risquent plus leur vie », et 39 % l'ont justifié par la conviction que la légalisation permettrait de « réduire les avortements clandestins ». Finalement, près de 11 % des femmes qui étaient pour la légalisation de l'avortement l'approuvaient car elles considéraient l'avortement comme étant une méthode contraceptive.

Graphique 6.2 : Répartition des femmes (%) en fonction des raisons justifiant l'approbation de la légalisation de l'avortement et du fait qu'elles ont déjà avorté ou non (N=272)



Source : EPAP, URD-OMS, 2002
Note : Le lien entre les raisons et le fait d'avoir avorté n'est pas significatif, la valeur p du test de Chi-deux = 0,884.

De même, un bon nombre de femmes ayant participé aux discussions de groupes, principalement les plus âgées et instruites, ont déclaré que l'avortement devrait être légal en cas de grossesses issues de viol. Seule une participante, âgée de plus de 25 ans et instruite, a déclaré être pour la légalisation de l'avortement afin que l'acte se déroule dans de meilleures conditions. Plusieurs femmes instruites ont enfin affirmé être en

faveur de la légalisation de l'avortement en cas de poursuite des études et de « réalisation des projets de vie ».

Même si la majorité des professionnels ont déclaré être en défaveur de la légalisation de l'avortement, plusieurs trouvent malgré tout des avantages à sa légalisation qui pourrait « réduire les avortements clandestins » et « leurs complications », et « permettre que les avortements se pratiquent dans de bonnes conditions ».

R : … il faut quand même permettre aux gens si elles tombent… leur permettre d'avoir accès aux avortements. Bon, je suis musulmane. Je n'aime pas l'avortement. Mais une fois que c'est arrivé, puisque cette personne qui est d'abord tombée enceinte, elle est rejetée par sa famille. Et puis cet enfant qui va arriver, ne sera pas aimé. Donc moi je crois qu'il vaut mieux libérer ça, parce que moi, je crois qu'en libérant ça, ce serait moindre. Les gens n'auront plus recours à des pratiques barbares. Vous voyez ! En venant à l'hôpital faire des avortements plus propres, ça leur permet de conserver leur utérus…, d'être plus en bonne santé pour pouvoir procréer euh!…

Q. Après…

R : C'est le fait de l'avoir interdit…qui pousse les gens à aller utiliser des instruments…qui peut les tuer... Donc il vaut mieux libérer ça… Donc en libéralisant ça,… je crois qu'il y aura même moins d'avortements provoqués.

[Femme, personnel de centre de PF]

III.5 Facteurs associés à l'approbation de la légalisation de l'avortement

Comme précédemment, plusieurs modèles, dont les résultats sont présentés dans le tableau 6.4, sont estimés. Le modèle 3 supplémentaire examine l'effet du fait d'avoir avorté sur l'approbation de la légalisation de l'avortement. Cette approbation est influencée par bon nombres de variables parmi lesquelles l'origine ethnique. Ainsi, les femmes d'origine étrangère sont plus susceptibles que les Adja-éwé d'approuver la légalisation de l'avortement, toutes choses égales par ailleurs (modèles 1, 2 et 3). Les résultats confirment l'importance de la religion puisque les femmes appartenant aux autres religions, principalement chrétiennes[34], ont significativement deux fois moins de chance que les catholiques d'approuver la légalisation de l'avortement.

---

[34] Ces religions, communément appelées églises « de réveil » ou « éveillées », appartiennent surtout au « pentecôtisme ». Elles regroupent dans cette étude les - Adventiste du 7ème jour - Aladoura - Aller les chercher - Amis du Christ – Apostolique – Brotherwood - Christianisme céleste - Eglise la vie profonde - Eglise Maison du Christ - Jésus Reviendra - La renaissance - Ministère de la foi agissante - Ministère de la foi chrétienne - Nouvelle alliance apostolique – Pentecôtiste – et les Saints de Dieu.

Tableau 6.4 : Régressions logistiques (rapport de chances) de la probabilité d'approuver la légalisation de l'avortement

Variables Modalités	Modèle 0	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Variables socio-économiques et démographiques				
Age (en années)				
15-24 (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*
25-34	1,23	1,47*	1,54**	1,42*
35-49	1,13	1,39	1,58**	1,47*
Religion				
Catholique (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*
Traditionnelle	0,72	1,21	1,37	1,42
Protestante [a]	1,14	1,15	1,19	1,16
Islamique	0,77	0,83	0,94	0,99
Autres (surtout chrétiennes)	0,51***	0,55***	0,58***	0,57***
Aucune	0,61**	0,92	1,02	1,01
Statut matrimonial				
Pas en union (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*
En union	0,95	0,97	0,97	0,95
Niveau d'instruction				
Aucun niveau (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*
Primaire	1,23	1,33*	1,13	1,07
Secondaire et supérieur	2,92***	3,25***	2,46***	2,30***
La femme a un revenu				
Sans revenu (Élève/étudiante/apprentie) (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*
Sans revenu (sans activité/retraitée/chômeuse et autres)	1,15	1,41	1,50*	1,42*
A un revenu	0,81	0,97	0,99	0,94
Ethnie **(variable de contrôle)**				
Adja-éwé (réf)	*1*	*1*	*1*	*1*
Kabyè-tem	1,25	1,19	1,05	1,03
Autres togolaises	1,16	1,15	1,10	1,08
Étrangères	1,47*	1,66**	1,77**	1,80**
Variables en lien avec la contraception ou l'avortement				
Connaissance contraceptive				
Aucune méthode (réf)	*1*		*1*	*1*
Contraception moderne	5,50*		2,55	2,46
Autre mode de contraception	1,95		1,52	1,51
Pratique contraceptive				
Aucune contraception (réf)	*1*		*1*	*1*
Contraception moderne	2,35***		1,98***	1,89***
Autres méthodes	1,80***		1,62***	1,57**
Connaissance de parente/amie ayant avorté				
Non (réf)	*1*		*1*	*1*
Oui	3,18***		2,88***	2,73***
Avoir déjà avorté				
Non (réf)	*1*			*1*
Oui	2,22***			1,67***
Probabilités moyennes prédites		0,0604	0,0604	0,0604
Nombre de femmes	4600	4600	4600	4600
Nombre de quartiers	66	66	66	66
Log Pseudolikelihood		-1005,24	-957,89	-951,42
Test de Wald (significativité conjointe du dernier groupe de variables, sans et avec le fait d'avoir déjà avorté)			P = 0,0000	P = 0,0000

Source : EPAP, URD-OMS, 2002
*(réf) représente la modalité en référence. Niveaux de significativité (*** 1 %, ** 5 %, et * 10 %).*
[a] *Protestante presbytérienne, baptiste, méthodiste*
Étant donné que plusieurs femmes ont été enquêtées dans un même quartier, l'option « cluster » de Stata a été utilisée afin d'obtenir des erreurs types robustes (clustered sandwich estimator).

De plus, tout comme dans le cas de l'attitude face à l'avortement (Rossier, 2007; Wang, 2004; Yam *et al.*, 2006), un niveau élevé d'instruction, le fait d'avoir déjà avorté ou de connaître une parente/amie qui a avorté, ont un effet positif sur le fait d'être en faveur

de la légalisation de l’avortement (modèle 3). Le fait d’être sans revenu, en n’étant pas élève ni étudiante ni apprentie, et l’utilisation de la contraception, moderne ou non, sont aussi positivement associés à l’approbation de la légalisation de l’avortement.

La plupart des hypothèses de cette étude ont été confirmées et les effets de l’âge et du niveau d’instruction confirment les discussions qui ont eu lieu dans les groupes des femmes plus âgées et instruites. En effet, selon les discussions, ces femmes seraient plus « ouvertes » à la légalisation de l’avortement. Ainsi, contre toute attente, ce sont les femmes âgées de 25 ans ou plus qui sont significativement plus susceptibles que les plus jeunes, de se déclarer en faveur de la légalisation de l’avortement.

Discussion et conclusion

Dans le contexte de Lomé, où l’avortement est fréquemment utilisé, le problème de sa légalisation demeure encore tabou. La présente étude est une première à examiner la connaissance de la loi sur l’avortement et l’attitude face à la légalisation de l’avortement dans la capitale, à partir des déclarations des femmes ayant avorté ou non et de celles des professionnels de santé. Les résultats montrent que la loi sur l’avortement est très peu et très partiellement connue des femmes. Environ 37 % des enquêtées étaient au courant de l’existence d’une loi interdisant l’avortement au Togo, mais seulement 18 % de l’ensemble en connaissaient le contenu. Cette méconnaissance de la loi soulève une fois encore la question de son application réelle ; d’autres études avaient d’ores et déjà signalé la difficulté à appliquer les lois restrictives sur l’avortement (AGI, 1999; Amegee, 2002; Kampatibe et Mensah, 1996). Des sanctions sont prévues dans les lois à l’endroit des auteurs, coauteurs, et complices d’avortement ou de tentative d’avortement dans des situations autres que celles autorisées par la loi. Cependant, il ressort de l’analyse de nos données qualitatives un certain non-respect de la loi et une absence de mesures pour son application. La nouvelle loi sur la santé de la reproduction autorise à présent l’interruption volontaire de grossesse au Togo sur prescription d’un médecin et dans des cas de viol, d’inceste, de grossesse qui met en danger la vie et la santé de la femme, ou lorsqu’il existe un risque élevé pour l’enfant à naître d’être atteint d’une affection grave. Par conséquent, les grossesses qui remplissent ces conditions pourraient être interrompues légalement, et des complications sanitaires évitées, si les femmes étaient sensibilisées à ces conditions et rassurées quant à une moindre stigmatisation

sociale des femmes ayant avorté. On se demande alors si des mesures ont été prises pour que cette nouvelle loi soit mieux connue, respectée et effectivement appliquée.

Les résultats montrent également que les femmes qui ont une plus grande chance de connaître exactement la loi sont âgées de 25 ans ou plus, sont en union, ont un niveau d'instruction élevé ou une connaissance des méthodes contraceptives, connaissent une parente ou amie qui a déjà avorté. Probablement que les femmes qui connaissent les méthodes modernes de contraceptions seraient plus « ouvertes » au modernisme et ont pu se renseigner sur cette loi. Celles qui connaissent les contraceptions non modernes connaissent peut-être aussi des méthodes d'avortement non modernes et donc également la loi. En outre, les femmes qui connaissent une parente ou amie qui a déjà avorté ont pu s'informer sur la loi auprès de cette personne. La connaissance de la loi pouvant avoir des implications sur l'accès aux services légaux et sécuritaires d'avortement (Becker *et al.*, 2002), les autres groupes de femmes devront être informés des conditions d'obtention d'un avortement légal et des dangers liés aux avortements clandestins.

Dans la lignée des résultats obtenus à Ouagadougou ou en milieu rural burkinabé (Rossier, 2007), en Afrique du Sud (Varga, 2002) et en milieu rural tanzanien (Plummer *et al.*, 2008), cette étude révèle que, malgré sa prévalence, l'avortement est fortement stigmatisé à Lomé. Son éventuelle légalisation reste également très controversée et la vaste majorité des enquêtées (91 %) se sont prononcées contre. Il existe ainsi un fossé important entre le discours sur l'avortement et sa pratique à Lomé qui semble révéler, non seulement une condamnation de l'acte, mais en même temps et surtout, la peur de la découverte d'une sexualité « hors norme ». Une étude, menée en milieu rural burkinabé (Ouédraogo et Pictet, 2001), a d'ailleurs montré qu'une discrétion sur l'avortement, tout comme sur la contraception, s'impose afin de cacher des « relations sexuelles illicites ».

La désapprobation de la légalisation de l'avortement se justifie principalement dans les déclarations par le caractère « criminel » et les complications potentielles des pratiques. Plusieurs femmes âgées de 25 ans ou plus semblent même ignorer que les dangers des avortements sont liés à leur caractère clandestin et risqué. On se demande alors si la notion de la légalisation et des conséquences est bien comprise à Lomé. En outre, les femmes et professionnels de la santé ont utilisé à plusieurs reprises les termes « crime », « péché», « au niveau de la religion, c'est mauvais » ou « malédiction », suggérant une

constante référence à la religion pour justifier la réprobation de l'avortement et de sa légalisation. Quelle que soit la religion, on s'attendait en effet à une prédominance de ces réactions négatives. Par exemple, la religion catholique, qui est très présente à Lomé, exclut l'avortement comme « moyen licite de régulation des naissances » et reconnaît seulement l'abstinence périodique comme méthode contraceptive, tels que précisé dans la lettre encyclique du Pape Paul VI sur le mariage et la régulation des naissances[35]. La réprobation de la légalisation de l'avortement se justifie aussi par la position de la société togolaise face à la valeur d'une grossesse, selon laquelle « toute grossesse devrait être accouchée ». En effet, la procréation semble être un élément social important au Togo (De La Torre, 1991b; Kouwonou, 1999). Les enfants d'un couple sont perçus comme contribuant à l'accroissement de la société et à la stabilité du couple (Vignikin, 2007). Par opposition, une femme stérile est souvent marginalisée et a un statut social inférieur à celui des autres femmes (Amegee, 1999; Locoh, 1984).

Néanmoins, quelques femmes instruites et âgées de 25 ans ou plus, et plusieurs professionnels de la santé se déclarent en faveur de la légalisation de l'avortement qui permettrait de « réduire les avortements clandestins » ainsi que leurs « complications sanitaires ». Certaines femmes instruites, ayant participé aux discussions, reconnaissent même qu'il serait « moins dangereux » d'effectuer des avortements à l'hôpital plutôt qu'à la maison. La sauvegarde de la santé de la femme, comme justificatif principal de l'approbation de la légalisation de l'avortement à Lomé, semble être similaire au motif d'utilisation de la contraception pour limiter les naissances au Sénégal (Randall et Legrand, 2003). Ce contrôle de la fécondité serait en effet acceptable lorsque la santé de la femme est gravement compromise, et sa sante physique et mentale surpasserait même le désir de remplacer un enfant décédé. Pourtant, la crainte que la légalisation de l'avortement n'entraîne un recours « abusif » et que l'avortement soit « assimilé à une méthode contraceptive » comme une autre est réelle à Lomé, et constitue le principal argument de plusieurs professionnels qui désapprouvent une telle légalisation. L'appréhension que l'avortement devienne une forme de contraception est aussi mise en avant dans d'autres pays comme le Kenya où certains délégués à la conférence nationale constitutionnelle en 2004 avaient d'ailleurs rejeté une proposition de libéralisation de la loi sur l'avortement (Brookman-Amissah et Banda Moyo, 2004).

---

[35]http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae_fr.html, site du Vatican consulté en avril 2010.

La présente étude a montré que les femmes qui sont plus susceptibles de se déclarer en faveur de la légalisation de l'avortement sont âgées de 25 ans ou plus, sont étrangères, ont un niveau d'instruction du secondaire ou plus, utilisent une contraception (moderne ou non), ont déjà avorté[36] ou connaissent une parente/amie qui a avorté. Une femme utilisatrice de contraception est peut-être plus ouverte aux technologies occidentales et vise aussi probablement à réguler les naissances ou à avoir un nombre idéal réduit d'enfants. Or, il semble exister une relation négative entre le nombre idéal d'enfants et l'acceptation de l'avortement (Wang, 2004). Ces femmes sous-contraception peuvent ainsi vouloir décider du moment de la naissance de leurs enfants, principalement dans un contexte togolais où le fait de prendre soins d'un enfant devient de plus en plus cher (URD et DGSCN, 2001). Les femmes plus âgées et celles ayant une expérience directe ou indirecte avec l'avortement sont sans doute plus au courant des dangers liés aux avortements clandestins, et donc, plus enclines à être en faveur de sa légalisation. Enfin, les femmes appartenant aux autres religions chrétiennes, en dehors du catholicisme et du protestantisme conventionnel, sont moins susceptibles que les catholiques d'approuver la légalisation de l'avortement. Toutefois, l'appartenance à une religion ne s'assimile pas forcément à l'adhérence à ses doctrines ni à des pratiques religieuses fréquentes. Peut-être que les femmes appartenant à la religion catholique seraient également plus « ouvertes» au modernisme et à l'avortement. En outre, des églises, surtout de la catégorie du « pentecôtisme », font des avancées dans bon nombres de villes africaines avec des tendances à une rigueur religieuse basée sur les textes bibliques. La sexualité hors mariage est ainsi considérée par ces églises comme étant un « péché » ou une « déviance ». Probablement que l'avortement serait moins une option pour les femmes qui connaîtraient et mettraient en pratique ces points de vue, puisque la grossesse est vue comme un « cadeau spécial » ; des séances de prières étant même constamment organisées pour celles qui ont des difficultés à concevoir (Mate, 2002).

Une limite importante de cette étude est l'utilisation des discussions de groupe, ayant pu affecter la fiabilité des informations recueillies, pour discuter du sujet délicat qu'est la légalisation de l'avortement. Une autre limite est l'absence de l'attitude face aux relations de genre, alors que Rossier (2007) recommande sa prise en compte dans les

[36] Cette variable est susceptible d'être endogène car il existerait une causalité inverse entre le fait d'avoir avorté et l'approbation de la légalisation de l'avortement. L'effet de cette variable sur l'attitude pourrait être surestimé (biaisé vers le haut).

recherches portant sur les attitudes face aux méthodes de régulation des naissances dans le contexte africain. Des études ont également mis en évidence un effet significatif de l'attitude face aux « rôles selon le genre » sur l'approbation de l'avortement (Wall *et al.*, 1999; Wang, 2004). De prochaines études pourraient alors approfondir ces aspects, selon le lieu de socialisation ou le lieu de résidence des femmes.

À la différence des pays du Nord, où le droit à l'avortement a été obtenu après de nombreuses luttes principalement menées par des mouvements féministes comme cela a été le cas au Québec (Desmarais, 1999), le changement des lois est peu sollicité sur le continent africain à cause de la stigmatisation générale de l'avortement. Les rares revendications en faveur de la légalisation sont plutôt portées par des associations de médecins, décideurs politiques, organismes non gouvernementaux ou activistes, et dans certains cas seulement (Kenya, Éthiopie), par des groupes de femmes ou des fédérations d'avocates. Dans le même temps, ce sont les groupes religieux qui s'opposent souvent aux reformes et à la libéralisation de l'avortement (Ashenafi, 2004; Brookman-Amissah et Banda Moyo, 2004; Hessini, 2005; Singh *et al.*, 2009). Les évêques du Togo avaient d'ailleurs fortement contesté les modifications apportées à la loi sur l'avortement en 2006, en « estimant que l'État aurait dû prendre "*des mesures"* pour accompagner les femmes enceintes en difficulté et prévoir des structures d'accueil »[37]. Une tentative de reforme de la loi au Nigéria en 2007 a de même rencontré l'opposition de groupes de femmes (Okonofua *et al.*, 2009). Il serait ainsi utile d'encourager une forte implication de femmes et d'accorder une attention à la santé et au droit des femmes dans le cadre de plaidoyers pour la décriminalisation et la « déstigmatisation » de l'avortement au Togo ; ce qui permettra de réduire la contribution de l'avortement à la mortalité maternelle.

Enfin, à l'instar de l'étude qui a ciblé les décideurs politiques au Nigéria (Okonofua *et al.*, 2009) et vu le rôle important de la religion dans les opinions sur l'avortement et sur sa légalisation, il serait utile d'examiner à l'avenir pour le cas du Togo, l'opinion des décideurs politiques, des leaders religieux, des chefs traditionnels, des hommes, des responsables de groupements de femmes et d'organismes non gouvernementaux qui militeraient pour ou contre la légalisation de l'avortement.

---

[37] http://www.genethique.org/revues/revues/2007/mai/20070525.1.asp, site de l'actualité bioéthique consulté en avril 2010.

<u>Annexe du chapitre 6</u> : Répartition (%) des femmes selon leur attitude face à la légalisation de l'avortement et certaines caractéristiques au moment de l'enquête.

Variables Modalités	*Toutes les femmes* *(N)*	*(%)*	*Attitude face à la légalisation de l'avortement (%)* *P**	*Désapprobation*	*Neutre*	*Approbation*
Groupe d'âges (en années)						
15 - 24	1 908	40,1		40,0	51,6	36,0
25 - 34	1 610	33,9	*0,028*	33,9	26,5	37,4
35 - 49	1 237	26,0		26,1	21,9	26,6
Ethnie						
Adja-éwé	3 348	70,4		71,1	59,3	65,8
Kabyè-tem	600	12,6	*0,020*	12,4	15,5	14,4
Autres togolaises	452	9,5		9,4	12,9	10,1
Étrangères	355	7,5		7,1	12,3	9,7
Religion						
Catholique	2 085	43,8		43,5	38,7	51,4
traditionnelle	318	6,7		6,8	5,2	5,8
Protestante [a]	613	12,9	*0,000*	12,5	16,1	16,9
Islamique	403	8,5		8,3	16,1	7,6
Autres (surtout chrétiennes)	983	20,7		21,4	14,9	12,9
Aucune	353	7,4		7,5	9,0	5,4
Statut matrimonial						
Pas en union	2 187	46,0	*0,014*	45,5	57,4	46,8
En union	2 568	54,0		54,5	42,6	53,2
Niveau d'instruction						
Aucun	1 072	22,5		22,8	34,2	12,6
Primaire	1 843	38,8	*0,000*	39,7	32,3	27,0
Secondaire et plus	1 840	38,7		37,5	33,5	60,4
Femme a un revenu						
Sans revenu (Élève/étudiante/apprentie)	985	20,7		20,6	20,0	22,7
Sans revenu (sans activité/retraitée/ chômeuse et autres)	851	17,9	*0,008*	17,3	26,4	21,9
A un revenu	2 919	61,4		62,1	53,6	55,4
Connaissance contraceptive						
Aucune méthode	98	2,1		1,9	9,0	0,4
Contraception moderne	4567	96,0	*0,000*	96,1	89,0	98,9
Autre mode de contraception	90	1,9		2,0	2,0	0,7
Pratique contraceptive						
Pas besoin de contraception [b]	2 911	61,2		61,8	69,0	48,6
Contraception moderne	886	18,6	*0,000*	17,8	17,4	31,6
A risque, mais aucune méthode moderne	958	20,2		20,4	13,6	19,8
Avoir déjà avorté						
N'a jamais été enceinte	1 525	32,1		32,0	41,9	28,4
N'a jamais avorté	2 183	45,9	*0,000*	47,1	32,3	34,5
A déjà avorté	1 047	22,0		20,9	25,8	37,1
Parité (nombre d'enfants en vie)						
N'a jamais été enceinte	1 525	32,1		32,0	41,9	28,4
0	444	9,3		9,1	11,6	12,2
1-2	1 541	32,4	*0,010*	32,7	20,7	34,2
3 et plus	1 245	26,2		26,2	25,8	25,2
Expérience de grossesse non désirée						
N'a jamais été enceinte	1 525	32,1		32,0	41,9	28,4
A déjà eu une grossesse non désirée	1877	39,5	*0,016*	39,2	34,2	46,0
N'a jamais eu de grossesse non désirée	1 353	28,4		28,8	23,9	25,6
Nombre de grossesses						
0	1 525	32,1		32,0	41,9	28,4
1	757	15,9	*0,081*	16,1	12,9	14,0
2-3	1 199	25,2		25,3	21,3	26,3
4 et plus	1 274	26,8		26,6	23,9	31,3
Connaissance de la loi						
Ne connaît pas la loi	3 893	81,9	0,003	81,8	91,0	78,1
Connaît la loi et ses restrictions	862	18,1		18,2	9,0	21,9
Connaissance de parente/amie ayant avorté						
Non	2 701	56,8	0,000	58,4	60,0	30,6
Oui	2 054	43,2		41,6	40,0	69,4
Total		100		100	100	100
Observations (N)	4 755			4 322	155	278

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

** Valeur de p obtenue par le test de Chi-deux*

[a] Protestante presbytérienne, baptiste, méthodiste

[b] Les femmes qui ne sont pas à risque d'avoir besoin de contraception sont des femmes qui ne sont sexuellement actives au moment de l'enquête, celles qui sont en aménorrhée, qui allaitent, qui sont stériles ou ménopausées, ou qui désirent un enfant.

Conclusion générale

Dans un contexte socioculturel où l'avortement demeure un sujet tabou et où son accès légal est restrictif, la présente thèse avait pour objectif principal de dresser un portrait le plus complet possible du recours à l'avortement à Lomé, la capitale togolaise. Afin de combler les lacunes des études existantes sur le sujet, elle s'est en particulier penchée sur l'estimation de l'ampleur et de l'évolution du phénomène ainsi que de sa contribution à la baisse de la fécondité ; sur les facteurs associés au recours à l'avortement et aux étapes précédant l'avortement ; sur les conséquences sanitaires mais aussi psychologiques qui en découlent pour les femmes ; et enfin sur l'ouverture qu'ont les femmes et les professionnels de santé sur une éventuelle légalisation de l'avortement.

Pour atteindre ses objectifs, l'étude a principalement utilisé les informations, détaillées sur des femmes, qui ont été collectées en 2002 dans le cadre du volet quantitatif de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP). L'enquête est originale et est une première de cette envergure en la matière à Lomé. Ces données ont été complétées dans le premier article par les données des Enquêtes démographiques et de santé du Togo de 1988 et de 1998. Des entretiens individuels semi-directifs auprès de professionnels de santé et des discussions de groupes de femmes, réalisés lors du volet qualitatif de l'EPAP, ont permis d'enrichir les analyses du quatrième article. Cette conclusion générale fait la synthèse des principaux résultats et souligne l'apport de la présente étude aux connaissances tout en reconnaissant ses limites. En dernier lieu, elle propose quelques pistes de recherche pour de futures études sur le sujet au Togo.

I. Principaux résultats de la thèse

Les résultats de notre premier article confirment que le recours à l'avortement a connu une hausse au cours des dernières décennies à Lomé, toutes générations confondues, mais que les taux d'avortement sont particulièrement élevés au sein du groupe d'âges 20-24 ans. Pourtant, le niveau estimé de l'ampleur du phénomène est très lié à la méthode d'estimation

utilisée. Avec la supposition que des changements interviennent dans le calendrier et la fréquence des avortements selon la génération, l'article montre que le premier avortement se pratique de plus en plus tôt et que les femmes des jeunes générations ont, à âge égal, déjà eu recours à un nombre moyen d'avortements plus important que les anciennes générations. L'avortement permettait ainsi de retarder la première naissance au sein des jeunes générations et en début de vie féconde, alors qu'il visait à espacer et/ou à limiter les naissances au sein des générations plus anciennes. Les analyses permettent enfin d'estimer que l'avortement contribue à la baisse de la fécondité en la réduisant de 10 à 12 %.

Nous avons ciblé dans le second article les facteurs associés au recours à l'avortement, selon le postulat que l'avortement est une séquence d'étapes qui passe par l'exposition au risque de grossesse, par une pratique ou non de contraception et par la survenue d'une grossesse qui est déclarée par la femme comme « non désirée ». Les analyses multi-variées confirment que la plupart des facteurs tels que la religion, le niveau d'instruction, la parité et le statut matrimonial sont, non seulement associés au risque d'avorter, mais également aux trois étapes le précédant. Ainsi, le risque élevé d'avorter attendu chez les femmes instruites, par rapport à celles qui n'ont aucun niveau, découle en fait de leur risque élevé d'être à risque de grossesse, d'utiliser la contraception, surtout moderne, de déclarer une grossesse comme non désirée et d'interrompre cette dernière, probablement à cause d'une forte motivation à réguler la fécondité. Bien que moins à risque de grossesse, les femmes qui ont au moins deux enfants en vie sont plus susceptibles que les nullipares, d'utiliser une contraception, moderne ou non, de déclarer une grossesse comme non désirée et d'avorter. En outre, même si plusieurs grossesses non désirées surviennent avant 25 ans, c'est surtout le caractère « hors union » de la grossesse qui fait qu'elle est considérée comme étant « non désirée » et qu'elle est interrompue. Les femmes âgées de 20-24 ans qui ne sont pas en union sont, par exemple, plus aptes que leurs aînées en union, à utiliser une contraception, moderne ou non, et à considérer une grossesse comme étant non désirée, alors qu'elles sont aussi plus à risque de grossesse, toutes choses égales par ailleurs.

Nos analyses révèlent également que d'autres caractéristiques sont uniquement associées à certaines étapes de la séquence. En allant dans le sens de l'un des résultats de notre premier article, nous montrons que le risque élevé d'avorter au sein des jeunes générations est en

réalité dû au fait qu'elles sont plus enclines à déclarer une grossesse comme « non désirée » ainsi qu'à l'interrompre par avortement, comparées aux plus anciennes. L'appartenance ethnique crée des différences dans trois étapes de la séquence même si elle n'est pas toujours synonyme d'une adoption des normes de l'ethnie. Les femmes kabyè-tem sont plus susceptibles que les Adja-éwé, de recourir à un avortement en cas de grossesse non désirée. Cependant, les chances d'être à risque de grossesse et d'utiliser une contraceptive moderne sont aussi élevées parmi toutes les togolaises qui sont distinctes des Adja-éwé, y compris les Kabyè-tem. Enfin, les femmes qui ont avorté auparavant ou ont utilisé une contraception sont plus enclines à interrompre une grossesse non désirée.

L'étude des circonstances des avortements montre que les hommes paient presque tout le temps les frais liés à l'avortement et appuient souvent, moralement et psychologiquement, la femme dans la décision. Vu la forte stigmatisation sociale et la honte liée à certaines grossesses, l'implication des parents est, en revanche, rare même dans les situations où la femme est jeune. Confirmant l'hypothèse selon laquelle plusieurs avortements sont effectués dans des conditions dangereuses et hors du système de santé, les résultats dévoilent que ces conditions concernent surtout les avortements de premier rang, peut-être par crainte de stigmatisation de la part de la société. Cependant, les analyses suggèrent qu'à Lomé, le système de santé joue un rôle non négligeable dans l'offre d'avortements. En effet, près d'un quart des avortements a été provoqué avec des méthodes médicales, après l'échec des méthodes non médicales, et près d'un quart a été directement pratiqué en milieu clinique, par du personnel médical. Nous avons finalement vérifié, qu'à l'instar de ce qui se passe dans d'autres contextes africains, plusieurs femmes ont eu des conséquences d'ordre sanitaire à Lomé à la suite de leurs avortements, telles que des hémorragies, des maux de reins ou de bas ventre, et des infections. La plupart des femmes ont également déclaré qu'elles avaient eu des regrets et remords après avoir avorté, de même que des problèmes relationnels avec leurs parents, principalement après le premier avortement.

Le quatrième article avait pour objectif d'étudier les facteurs associés à la connaissance de la loi et à l'approbation de la légalisation de l'avortement, ces deux éléments étant peu traités dans la littérature actuelle. Il ressort des résultats que l'existence de la loi sur l'avortement, et surtout son contenu, sont peu connus des femmes à Lomé. Pourtant, des

grossesses qui remplissent les conditions permises par la loi pourraient être interrompues dans des conditions sanitaires légales si la femme avait une connaissance exacte de la loi. En réalité, le fait d'être âgée de 25 ans ou plus, en union ou très instruite, une connaissance des méthodes contraceptives, le recours d'une parente ou amie de la femme à l'avortement sont associés à une plus grande chance de connaître la loi.

Par ailleurs, l'analyse des entretiens qualitatifs et des discussions de groupes appuie les résultats quantitatifs et montre qu'une majorité de femmes comme de professionnels de la santé se prononcent contre l'avortement, qu'ils jugent « criminel », contre la religion et en opposition avec l'importance conférée à la procréation. Certaines femmes et plusieurs professionnels de la santé trouvent pourtant des avantages à la légalisation de l'avortement, en reconnaissant notamment l'effet positif qu'une telle loi aurait sur la santé des femmes. Tel que nous l'avions présumé, les femmes les plus instruites, utilisant la contraception, ayant déjà eu recours à un avortement ou connaissant quelqu'un l'ayant fait, sont plus susceptibles que les autres, d'avoir une attitude positive face à la légalisation de l'avortement. Les femmes appartenant aux nouvelles églises du type « pentecôtiste », plus sévères quant aux relations sexuelles hors mariage, sont par contre moins susceptibles que les catholiques d'approuver la légalisation de l'avortement. On aurait pu penser que les jeunes, qui ont plus fréquemment recours à l'avortement, seraient plus aptes à approuver sa légalisation. Cependant, notre étude a révélé que, toutes choses égales par ailleurs, ce sont plutôt les femmes âgées de 25 ans ou plus qui y sont favorables, probablement que ces dernières sont plus conscientes des conséquences associées à un avortement clandestin.

En somme, il existe un fossé assez important entre le discours très conservateur sur l'avortement et sur sa légalisation, et la pratique qui en fait un moyen fréquemment utilisé pour éviter les naissances à Lomé. On se demande alors, dans ce contexte, ce que les grossesses déclarées comme étant « non désirées » représentent effectivement pour les femmes pour les mener jusqu'à l'avortement, parfois même de façon répétée. Ce décalage entre le discours qui condamne l'acte et les pratiques semble indiquer que, soit les réalités socio-économiques que vivent les femmes, soit la crainte dans le même temps de la découverte d'une sexualité « hors norme » donc les représentations sociales des grossesses

ou de la maternité, soit une certaine ouverture aux changements de comportements démographiques pourraient surpasser cette stigmatisation de l'avortement.

II. Apports et limites de la thèse

Cette thèse, de par ses résultats et les réflexions qui l'ont sous-tendue, a contribué à l'avancement des connaissances sur l'ampleur, l'évolution mais aussi sur le « comment » et le « pourquoi » des recours à l'avortement en milieu urbain africain. Dans un contexte où la problématique des avortements reste partiellement documentée et assez sensible, cette thèse s'appuie sur des données originales et détaillées pour fournir une vision d'ensemble du phénomène, de son évolution à l'attitude face à sa légalisation, en passant par les facteurs qui y sont associés, les circonstances qui entourent sa pratique ainsi que ses conséquences. Dans la présente thèse, nous avons étudié plusieurs aspects du recours à l'avortement à Lomé, à partir des mêmes données, alors que la plupart des études qui sont réalisées en Afrique subsaharienne ciblent, soit une catégorie donnée de femmes, soit certains aspects spécifiques, avec des données uniquement collectées à cet effet. Ce qui rend difficile d'éventuelles comparaisons et l'établissement d'un portrait général pour un même lieu.

Bien que confirmant la clandestinité et la pratique de plusieurs avortements dans des conditions sanitaires peu sécuritaires, cette étude conforte l'idée que plusieurs autres avortements (22 %) ont directement lieu, lors d'une première tentative, dans des conditions médicales. Dans le contexte togolais, où les avortements sont supposés être pratiqués par un médecin uniquement en cas d'avortement incomplet ou dans des situations prescrites par la loi, ces résultats ont l'avantage de susciter une réflexion sur l'existence d'une offre illégale des avortements au sein du système de santé. À l'instar d'autres capitales africaines, où l'avortement est également quasi-illégal (Calvès, 2002; Guillaume, 2003), il semble exister à Lomé un réseau de professionnels de la santé, prestataires des services d'avortement.

La recherche confirme que les avortements clandestins affectent négativement la vie et la santé des femmes. Elle montre aussi des regrets et remords que ressentent la majorité des femmes qui ont avorté ainsi que les problèmes d'ordre relationnel avec la famille qui en

découlent assez souvent. Ces aspects sont très peu abordés dans les études menées sur l'Afrique subsaharienne, possiblement à cause du caractère délicat du sujet.

En outre, cette étude enrichit la réflexion sur les facteurs associés à la connaissance de la loi et sur ceux qui sont associés à l'approbation de la légalisation de l'avortement. Elle est une première à pallier les manquements en la matière, même si par manque d'études antérieures sur la connaissance de la loi, nous n'avons pas pu comparer nos résultats à d'autres.

Un autre point fort de cette thèse, au niveau méthodologique, est d'avoir combiné une méthode indirecte (méthode résiduelle) et une directe (en face à face) dans l'estimation des indicateurs d'avortement afin de pallier l'éventuelle sous-déclaration qui touche les enquêtes en face à face. Cette façon de procéder, bien que limitée pour quantifier l'ampleur exacte, a eu l'avantage de s'assurer que les tendances à la hausse du recours à l'avortement étaient visibles à partir des deux méthodes utilisées. La combinaison de méthodologies est en effet fortement encouragée, particulièrement dans les études sur des sujets sensibles (Dalla Zuanna, 2002; Rossier, 2003). De même, nous avons pu estimer que l'avortement permettait d'éviter plus de 10 % des naissances qu'aurait eues une femme en son absence, en procédant de deux façons distinctes.

En termes d'approche pour analyser les facteurs associés à l'avortement, une originalité est d'avoir examiné comment les facteurs démographiques et socio-économiques du recours à l'avortement sont associés aux étapes susceptibles de le précéder. Toutefois, la mise en œuvre de cette approche a rencontré une difficulté, liée aux limites des données, qui a conduit à modéliser ces étapes séquentielles à deux moments différents à défaut de suivre les mêmes femmes durant tout leur cheminement vers l'avortement. L'approche a en effet nécessité une biographie complète de toutes les étapes de la séquence.

Nonobstant ses multiples apports, cette thèse présente certaines limites. Premièrement, le contexte socioculturel peut non seulement entraîner une sous-déclaration des avortements, du fait du caractère sensible du sujet traité, mais il peut aussi orienter d'autres déclarations. Les enquêtées auraient, par exemple, tendance à déclarer une opinion sur l'avortement ou sur sa légalisation qu'elles pensent être socialement acceptable. Les propos tenus lors des

discussions de groupes sur ces sujets délicats risquent ainsi d'être particulièrement normatifs. En outre, l'utilisation de questions fermées dans le volet quantitatif afin d'appréhender l'opinion sur la légalisation de l'avortement constitue également une limite.

Deuxièmement, certains faits, dates ou détails, qui sont collectés de façon rétrospective, pourraient parfois manquer d'exactitude. Les femmes décédées des suites de complications d'avortement ou d'autres causes, et celles qui ont migré de Lomé n'ont pas été prises en compte par l'EPAP. Ce qui a pu biaiser certains résultats, notamment sur les complications d'avortement, si leurs comportements et attitudes étaient différents de ceux des enquêtées.

Troisièmement, à l'instar de certaines enquêtes, qui souffrent de l'absence des hommes comme cibles (Locoh, 2003), seules les femmes ont été interrogées lors de l'EPAP. Non seulement les partenaires n'ont pas été enquêtés, leurs caractéristiques ainsi que celles de la relation entre les couples au moment des grossesses, les circonstances de la prise de décision concernant l'issue à donner aux grossesses, n'ont pas été collectées.

En dernier lieu, des études ont montré que certaines femmes avortent afin de poursuivre leurs études ou leur emploi (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; Pallikadavath et Stones, 2006). Toutefois, les variables « être en cours de scolarisation » et « activité économique » au moment des grossesses, qui permettraient de mesurer ces effets, sont absentes des données de l'EPAP. Seul le niveau d'instruction atteint au moment des grossesses y figure. De même, bien qu'il ait été montré que les femmes qui respectent rigoureusement les préceptes religieuses à propos de sexualité prénuptiale soient, par exemple, moins à risque de tomber enceinte avant le mariage (Adamczyk, 2008), c'est l'appartenance à une religion plutôt que le degré de religiosité qui a été utilisée dans la présente étude.

Par ailleurs, certains détails qui renseigneraient sur le moment des grossesses n'ont été collectés que pour le premier et/ou le dernier avortement, ou pour le moment de l'enquête. Il aurait été utile de préciser, par exemple, le lieu de socialisation ou les différents lieux de résidence de la femme, et les caractéristiques du ménage dans lequel elle vivait à chaque grossesse. En particulier, tous les avortements qui avaient été tentés à plusieurs reprises avant d'aboutir, le coût ou la méthode d'avortement utilisée à chaque tentative, les motifs et

conséquences de tous les avortements ainsi que les coûts d'éventuels traitements de complications ne sont pas identifiables à partir des données de l'EPAP. Il n'a été possible de distinguer que les premiers et/ou les plus récents avortements qui ont été directement provoqués dans des centres de santé avec des méthodes médicales, ou ceux qui étaient incomplets en se terminant dans des centres de santé avec l'assistance d'un personnel de santé. Seules les femmes ayant avorté grâce à un curetage ou une aspiration avaient précisé la méthode d'avortement utilisée avant l'intervention.

Un dernier obstacle rencontré lors des analyses a été la difficulté de pouvoir distinguer, avec précision, les grossesses non planifiées des grossesses effectivement non désirées. En effet, le terme « non désiré » utilisé dans l'étude semble autant mesurer une grossesse effectivement « non désirée », qu'une grossesse désirée mais « socialement stigmatisée », ou encore une grossesse désirée mais « non planifiée ». Or, dans la littérature existante, une grossesse non planifiée ou non prévue fait plutôt référence à un échec contraceptif (Bajos et Ferrand, 2009). Par conséquent, une meilleure spécification et adaptation de ces différents termes s'imposent, surtout dans un contexte à forte pression sociale, à forte considération pour la procréation ou à faible prévalence contraceptive, tel que le contexte africain.

III. Implications et perspectives de recherche

Cette étude révèle que l'avortement se pratique fréquemment à Lomé (plus de 32 % des femmes ayant déjà été enceintes ont eu recours à au moins un avortement), mais toujours de façon clandestine et dans des conditions dangereuses. Il entraîne souvent des complications médicales graves, et des conséquences psychologiques et relationnelles pour les femmes. Le recours plus fréquent à l'avortement et la prévalence élevée des grossesses déclarées comme étant « non désirées » au sein de jeunes générations, comparativement aux plus anciennes, démontrent un besoin urgent de renforcer l'éducation sexuelle des jeunes, de les sensibiliser aux risques associés aux avortements clandestins et d'accroître leur accès aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment à des contraceptions modernes. Puisque les grossesses prénuptiales non désirées sont, selon notre étude, très à risque d'être interrompues, les campagnes de sensibilisation et d'information devraient en particulier être

destinées aux femmes non mariées (majoritairement jeunes), qui auraient souvent des relations instables et pourraient alors être exposées à un risque élevé d'infections sexuellement transmissibles et de VIH/Sida, en plus du risque d'avorter.

Le recours à des avortements répétés est également fréquent à Lomé. Précisément, le fait d'avoir déjà avorté ou d'avoir eu un enfant, de même qu'un échec contraceptif, augmentent le risque d'interrompre une grossesse non désirée. Ces résultats indiquent la nécessité d'améliorer l'accès des femmes aux contraceptions et de les sensibiliser à une utilisation efficace, par exemple après un accouchement, afin de prévenir les grossesses non désirées ou stigmatisées. L'accent devra être mis dans les politiques et programmes sur le besoin de renforcer la prise en charge post-avortement, en particulier, en ce qui concerne l'utilisation d'une contraception efficace après un avortement. Mais cette action peut être limitée par le fait que toutes les femmes qui ont avorté ne se présentent pas automatiquement dans un centre de PF, à moins d'avoir été traitées dans un centre de santé pour des complications.

Par ailleurs, une sensibilisation des hommes, la connaissance des méthodes contraceptives ou de leurs effets secondaires réels par les femmes doivent être renforcées. Apparemment, les femmes savent où se procurer des moyens de contraception, mais, elles n'y vont pas. Les résultats ont en effet montré que plusieurs femmes à risque de grossesse n'utilisaient pas de contraception, principalement à cause de l'opposition du partenaire ou de leur propre opposition à la contraception, à cause de la peur de l'effet des contraceptions sur la santé, à cause du manque d'informations ou parce que la religion s'y oppose.

L'environnement socioculturel et l'appartenance à une religion semblent, non seulement freiner l'usage de contraceptions, mais aussi renforcer la stigmatisation et la désapprobation de l'avortement ou de sa légalisation. À ces facteurs, s'ajoute la faible connaissance de la loi sur l'avortement. Par conséquent, la population togolaise pourra être sensibilisée aux conditions d'obtention d'un avortement légal et aux conséquences des avortements clandestins. L'organisation des débats autour des droits sexuels et reproductifs des femmes (exemple du droit à un avortement sécuritaire) et autour de l'avortement, qui constitue un sujet encore tabou, serait intéressante surtout dans une perspective de sauvegarde de la santé des femmes et des familles. De même, et tel que recommandé dans une étude menée

au Ghana (Lithur, 2004), pays voisin du Togo, une « déstigmatisation » de l'avortement pourra se faire suite à la décriminalisation de l'acte au niveau légal et suite à une forte sensibilisation des acteurs traditionnels, religieux, culturels et sociaux, pour lesquels l'avortement constitue un acte « honteux ». Pour cela, ces acteurs, avec l'implication des professionnels de la santé, pourraient s'associer à des avocats, à des politiciens et à des membres du milieu associatif, afin de mieux s'informer ou s'instruire sur la situation, et de mieux encadrer le thème de l'avortement.

Dans la lignée des changements sociodémographiques et du statut de la femme, intervenant dans plusieurs villes africaines, certains progrès sont déjà en cours dans le monde et sur le continent. Par exemple, après l'adoption en 1979 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes, le Conseil des droits de l'homme des Nations unies a récemment nommé, pour une période de trois ans, un groupe d'experts pour travailler sur une des questions de discrimination à l'égard des femmes[38]. Le mandat de ce groupe sera, entre autres, d'étudier la façon dont il pourrait coopérer avec les États pour que ceux-ci respectent leur engagement d'éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique. Un autre exemple est celui de la Campagne contre les grossesses non désirées (CAUP), lancée en 1991, qui en 14 ans d'existence, a entrepris des recherches pionnières au Nigeria. Elle a pu aussi aborder l'avortement et en a fait un thème de débat public, dans un environnement politique et culturel complexe. Des prestataires sont formés pour pratiquer, en conformité avec la loi, des avortements sûrs et des soins post-avortement, des activités de plaidoyer se poursuivent également en vue d'une reforme de la loi sur l'avortement (Oye-Adeniran *et al.*, 2004b).

Bien que quasiment inexistante au Togo, une combinaison de plaidoyers efficaces avec des études approfondies sur l'avortement est encouragée afin d'aider à trouver des solutions pratiques aux problèmes que posent les grossesses non prévues ou non désirées, et les avortements à risque (Okonofua, 1997). Des recherches quantitatives pourraient ainsi se baser sur les résultats et les limites de cette thèse pour effectuer à l'avenir des collectes de données plus complètes en termes de variables et de la façon de les collecter ; en termes de

[38] Document informatif sur le Conseil des droits de l'homme, consulté en octobre 2010 sur le site http://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=10405&LangID=F

biographies complètes de tous les événements faisant partie de la séquence menant à l'avortement ; et en termes d'acteurs qui s'y impliquent (partenaire et parents). Des données longitudinales pourraient alors être privilégiées. Toutefois, des réflexions plus poussées doivent être menées sur la façon d'être assuré du décalage observé entre le discours sur l'avortement et la pratique, sur la façon de le traiter, et sur comment aborder adéquatement les questions délicates en lien avec le recours à l'avortement. Concernant les variables, il serait par exemple utile de préciser les caractéristiques du ménage, la connaissance et pratique contraceptives, les revenus, les lieux de résidence et les activités économiques au moment des différentes grossesses, de même que le lieu de socialisation des membres du couple. Les données seraient enfin plus enrichies si elles ciblaient divers prestataires des services d'avortement, tels que les hôpitaux, les cliniques privées, et si possible, les praticiens d'avortements illégaux.

Même si les décideurs politiques ont besoin de fonder les plaidoyers sur les niveaux d'incidence du phénomène et sur sa contribution à la mortalité maternelle, des études qualitatives peuvent être aussi très utiles (Okonofua, 1997). Ces dernières permettraient d'étudier en profondeur les parties non quantifiables du processus menant à l'avortement et complèteraient ainsi les données quantitatives. Afin de mieux comprendre les circonstances de la prise de décision et du recours à l'avortement, des entretiens individuels semi-dirigés auprès des femmes qui ont eu recours à au moins un avortement, auprès de leur partenaire et auprès de leurs parents pourraient être considérés et minutieusement mis en œuvre. Par exemple, ces entretiens pourraient mettre en évidence les circonstances familiales (relation entre partenaires) et socio-économiques dans lesquelles les avortements surviennent. Les informations pourraient aussi porter sur ce que les femmes pensent des rapports de genre et de la place de l'avortement dans les méthodes de régulation des naissances. Les entretiens pourraient enfin détailler les motivations, conditions ou stratégies, et conséquences des avortements ; aborder les coûts des avortements et d'éventuels traitements de complications ; préciser si la femme a reçu après chacun de ses avortements, des conseils appropriés pour éviter une grossesse non désirée subséquente. Pour éviter de recueillir des propos similaires et biaisés des femmes, selon les justificatifs d'un avortement qu'elles pensent être socialement acceptables (situations de scandale, inceste ou de viol), les motifs devront être abordés par une question totalement ouverte.

Nos analyses indiquent que les premiers avortements surviennent plus précocement, se pratiquent souvent dans des conditions plus risquées que les avortements répétés, et entraînent plus souvent des conséquences sanitaires et des effets négatifs, aux plans psychologique et relationnel, sur la vie de la femme. Une perspective de recherche serait d'approfondir les facteurs qui déterminent un premier recours à l'avortement, notamment, en termes d'analyse des transitions. Il serait également intéressant de se pencher plus sur la causalité inverse qui existe entre l'avortement et la contraception, qui est une étape particulière de la séquence menant à l'avortement. De plus, la relation entre les circonstances de l'avortement (prise de décision ou conditions de la pratique de l'acte) et ses conséquences pourrait être approfondie. Enfin, des recherches futures pourraient évaluer l'impact concret de la récente évolution de la loi au Togo sur la tendance actuelle du recours à l'avortement ainsi que sur les conditions de sa pratique. Une étude sur le recours à l'avortement, plus étendue à tout le Togo, pourra aussi être envisagée.

Références bibliographiques

Adamczyk A., 2008, «The effects of religious contextual norms, structural constraints, and personal religiosity on abortion decisions», Social Science Research 37(2): 657–672.

Adjahoto E.O. *et al.*, 1999, «Contraception et Avortement provoqué en milieu africain », Médecine d'Afrique Noire 46(8/9): 416-420.

AGI, 1999, Sharing responsibility women society and abortion worldwide, New York: The Alan Guttmacher Institute, 57 p.

Agounke A. *et al.*, 1989, «Enquête Démographique et de santé Togo – 1988» Columbia, Maryland, Unité de Recherche Démographique, Direction de la statistique, Direction générale de la santé, Institute for Resource Development/Macro Systems Inc., 169p.

Ahiadeke C., 2001, «Incidence of induced abortion in southern Ghana», International Family Planning Perspectives 27(2): 96-101 & 108.

Ahmed K.M. *et al.*, 1998, «Induced abortions in Matlab, Bangladesh: Trends and determinants», International Family Planning Perspectives 24(3): 128-132.

Akin A., 1999, «Cultural and Psychosocial factors affecting contraceptive use and abortion in two provinces of Turkey», Pp. 190-211 in *Abortion in the developing world*, Axel I. Mundigo *et al.* (Eds). London, Zed Books 498p.

Amegee K., 1999. «Le recours à l'avortement provoqué au Togo : mesure et facteurs du phénomène», Démographie : droit, sciences sociales et politiques, sciences économiques et de gestion, *thèse de doctorat soumise à* Université Montesquieu-Bordeaux IV, 440 p.

Amegee K. *et al.*, 2001, «Les déterminants de la baisse de la fécondité au Togo entre 1988 et 1998», Pp. 11-66 in *Analyse approfondie des données de la seconde Enquête Démographique et de Santé du Togo*, Kokou Vignikin et Dodji Gbétoglo (Eds). Lomé, Les dossiers de l'URD n°5.

Amegee L.K., 2002, «Recours à l'avortement provoqué en milieu scolaire au Togo : mesure et facteurs du phénomène», Pp. 297-320 in *Santé de la reproduction en Afrique*, Agnès Guillaume *et al.* (Eds). Abidjan, Côte d'Ivoire, ENSEA, FNUAP, IRD 366p.

Amétépé F. et Béguy D., 2004. «Utilisation de la contraception moderne et recours à l'avortement provoqué : deux mécanismes concurrents de régulation des naissances?» présenté à *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action*, 17-20 novembre, Chaire Quételet, Louvain-la-Neuve, 23p.

Anipah K. *et al.*, 1999, «Enquête Démographique et de santé Togo – 1998» Calverton, Maryland, Ministère de la planification et du développement économique, Direction de la statistique, Macro International Inc., 287p.

Antoine P. et Beguy D., 2005. «Contexte économique et constitution de la famille en milieu urbain africain: le cas de Dakar et Lomé» présenté à *XXV ème congrès international de la population*, L'union Internationale Pour L'etude Scientifique De La Population (Uiesp), 18-23 juillet 2005, Tours, France, 24p.

Ashenafi M., 2004, «Advocacy for Legal Reform for Safe Abortion», African Journal of Reproductive Health 8(1): 79-88.

Assemblée Nationale Française, 1810, «Code pénal de 1810 : Texte intégral - État lors de sa promulgation en 1810», contient Livres I et II (Articles 1 à 74) ; Livre III - Titre Premier (Articles 75 à 294) ; Livre III - Titre Second (Articles 295 à 463) ; Livre IV (Articles 464 à 484). Promulgué en 1810.

Assemblée Nationale Togolaise, 1980, «Code pénal du Togo», contient Titre I : Dispositions générales (article 1 - article 43) ; Titre II : Des diverses catégories d'infractions (article 44 - article 243). Loi n° 80-1 de août 1980 instituant le code pénal a été promulguée le 13 août 1980.

Baiden F. *et al.*, 2006, «Unmet need for essential obstetric services in a rural district in northern Ghana: Complications of unsafe abortions remain a major cause of mortality», Public Health 120(5): 421-426.

Bajos N. et Ferrand M., 2009, «Echecs de contraception et recours à l'avortement : d'une analyse en termes de processus à une approche relationnelle», pp. 477-490, in *Chaire Quetelet 2004 : Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action*, Catherine Gourbin (Eds) ; Avec La Collaboration De

Godelieve Masuy-Stroobant Et Al., Louvain la Neuve, Les Presses Universitaires de Louvain, 504p.

Bankole A. *et al.*, 1999, «Characteristics of Women who obtain Induced Abortion: A worldwide review», International Family Planning Perspectives 25(2): 68-77.

—, 2007, «Estimating the cost of post-abortion care in Nigeria: A case study», Pp. 65 - 92 in *Fertility regulation behaviors and their costs: Contraception and Unintended Pregnancies in Africa and Eastern Europe & Central Asia*, Elizabeth Lule *et al.* (Eds). Washington, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 154p.

Barreto T. *et al.*, 1992, «Investigating Induced Abortion in Developing Countries: Methods and Problems», Studies in Family Planning 23(3): 159-170.

Barrett G. et Wellings K., 2002, «What is a 'planned' pregnancy? empirical data from a British study», Social Science & Medicine 55(4): 545–557.

Becker D. *et al.*, 2002, «Knowledge and Opinions About Abortion Law Among Mexican Youth», International Family Planning Perspectives 28(4): 205-213.

Beguy D., 2004, «Emploi féminin et fécondité à Lomé : quelles interactions ?», Paris (FR) : DIAL, 24p.

Boland R. et Katzive L., 2008, «Developments in Laws on Induced Abortion:1998–2007», International Family Planning Perspectives 34(3): 110-120.

Bongaarts J., 1982, «The Fertility-inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables», Studies in Family Planning 13(6/7): 179-189.

—, 1997, «Trends in Unwanted Childbearing in the Developing World», Studies in Family Planning 28 (4): 267-277.

Bongaarts J. *et al.*, 1984, «The Proximate Determinants of Fertility in Sub-Saharan Africa », Population and Development Review 10 (3): 511-537.

Bongaarts J. et Westoff C.F., 2000, «The Potential rôle of contraception in reducing abortion», Studies in Family Planning 31 (3): 193-202.

Bozkurt A.I. *et al.*, 2004, «induced abortion and effecting factors of ever married women in the Southeast Anatolian Project Region, Turkey: a cross sectional study», BioMedCentral Public Health 4(65): 1-10.

Braam T. et Hessini L., 2004, «The power dynamics perpetuating unsafe abortion in Africa: A feminist perspective», African Journal of Reproductive Health 8(1): 43-51.

Brookman-Amissah E. et Banda Moyo J., 2004, «Abortion Law Reform in Sub-Saharan Africa: No Turning Back», Reproductive Health Matters 12(24 Supplement): 227-234.

Brzinsky-Fay C. *et al.*, 2006, «Sequence analysis with Stata», The Stata Journal 6(4): 435-460.

Calvès A.-E., 2002, «Abortion risk and abortion decision making among youth in urban Cameroon», Studies in Family Planning 33(3): 249-260.

Coeytaux F.M., 1988, «Induced abortion, in Sub-Saharan Africa: what we do and do not know», Studies in family planning 19 (3): 186-190.

Coleman P.K., 2006, «Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences», Journal of Youth and Adolescence 35: 903–911.

Cook E.A. *et al.*, 1993, «Generational differences in attitudes toward abortion», American Politics Quarterly 21(1): 31-53.

Cook R.J. *et al.*, 1999, «Health Law and Ethics. International Developments in Abortion Law from 1988 to 1998», American Journal of Public Health 89(4): 579-586.

Dalla Zuanna G., 2002, «L'avortement provoqué», Pp. 283-301 in *Démographie : analyse et synthèse, vol II, Les déterminants de la fécondité*, Graziella Caselli *et al.*, INED 460p.

Dassa S.K. *et al.*, 2009, «Représentation et vécu de l'interruption volontaire de grossesse chez les femmes à Lomé (Togo)», Perspectives Psy 48(4): 326-332.

De La Torre I., 1991a, Le Vodu en Afrique de l'ouest: Rites et traditions. Le cas des sociétés Guen-Mina (Sud-Togo), Paris: Editions L'Harmattan, 176 p.

—, 1991b, «Organisation sociale», Pp. 43-51 in *Le Vodu en Afrique de l'ouest: Rites et traditions. Le cas des sociétés Guen-Mina (Sud-Togo)*, Inès De La Torre (Eds). Paris, Editions L'Harmattan 176p.

Desgrees Du Loû A. *et al.*, 1999, «Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan. Une cause de la baisse de la fécondité?», Population 54(3): 427-446.

Desmarais L., 1999, Mémoires d'une bataille inachevée : la lutte pour l'avortement au Québec, 1970-1992, Montréal: Éditions Trait d'union, 441 p.

DGSCN, 2011, «Quatrième recensement général de la population et de l'habitat - novembre 2010 : résultats provisoires» Lomé, Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, 29p.

Division of Reproductive Health, 1998, Unsafe abortion : Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion, with a listing of available country data, Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO), Third edition, 109 p.

DPP, 2004, «Projet de Politique Nationale de Population au Togo» Direction de la Planification de la Population (DPP), 29p.

Elul B., 2004. «Induced Abortion in Rajasthan, India: Methodological and Substantive issues», *thèse de doctorat soumise à* Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland. 214 p.

Equipe Giné *et al.*, 2002, De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues, Paris: INSERM, 348 p.

Foreit K.G. et Nortman D.L., 1992, «A Method for Calculating Rates of Induced Abortion», Demography 29 (1): 127-137.

Frank O., 1987, «The Demand for Fertility Control In Sub-Saharan Africa», Studies in Family Planning 18 (4): 181-201.

Frejka T., 1985, «Induced abortion and fertility», International Family Planning Perspectives 11(4): 125-129.

Gage A.J., 1995, «Women's Socioeconomic Position and Contraceptive Behavior in Togo», Studies in Family Planning 26 (5): 264-277.

Gautier A., 2000, «Les droits reproductifs, une nouvelle génération de droits?», Autrepart(15): 167-180.

—, 2002, «Politiques, programmes et droits en matière de santé de la reproduction», Contribution à la 35ème session de la commission de la population et du Développement de l'ONU, New York, 11p.

Gbétoglo K.D. et Boukpéssi B., 2004. «L'avortement provoqué chez les adolescentes à Lomé : Conditions de recours et motifs» présenté à *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action*, 17-20 novembre, Chaire Quételet, Louvain-la-Neuve, 30p.

Gendreau F., 1993, La population de l'Afrique : manuel de démographie, Paris: Centre français sur la population et le développement CEPED : Karthala, 463 p.

Gervais-Lambony P., 1994, De Lomé à Harare : le fait citadin : images et pratiques des villes africaines, Paris Nairobi: Karthala ; IFRA, 472 , [440] de pl. p.

Goldman L.A. *et al.*, 2005, «Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices», Reproductive Health 2(10): 1-9.

Gui S.-X., 1999, «Factors affecting induced abortion behaviour among married Women in Shanghai, China», Pp. 78-97 in *Abortion in the developing world*, Axel I. Mundigo *et al.* (Eds). London, Zed Books 498p.

Guillaume A., 2000, «L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique», La Chronique du CEPED (n°37): 4.

—, 2003, «Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990», Population 58(6): 741-771.

—, 2004a, «Fréquence et conditions du recours à l'avortement», Pp. 73 – 94 in *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, Agnès Guillaume et Myriam Khlat, Les collections du CEPED 163p.

—, 2004b, «L'avortement en Afrique : une revue de la littérature des années 1990 à nos jours, Cdrom» Centre Population et Développement,

—, 2009, «L'Avortement provoqué en Afrique : Un problème mal connu, lourd de conséquences», pp. 357-381, in *Chaire Quetelet 2004 : Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action*, Catherine Gourbin (Eds) ; Avec La Collaboration De Godelieve Masuy-Stroobant Et Al., Louvain la Neuve, Les Presses Universitaires de Louvain, 504p.

Guillaume A. et Desgrees Du Loû A., 2002, «Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: Contraception, abortion or both?», International Family Planning Perspectives 28 (3): 159 – 166.

Guttmacher Institute, 2006, Facts on Unwanted Pregnancy and Induced Abortion in Nigeria, New York: Guttmacher Institute, 2 p.

—, 2009, Les faits sur l'avortement et la grossesse non planifiée en Afrique, New York: Guttmacher Institute, 4 p.

Guttmacher Institute et WHO, 2007, Facts on Induced Abortion Worldwide, New York: Guttmacher Institute, 2 p.

Heffner L., 2003, Reproduction humaine Paris De Boeck, 123 p.

Henry R. et Fayorsey C., 2002, «Coping with Pregnancy: Experiences of Adolescents in Ga Mashi, Accra.» Calverton, Maryland, USA, ORC Macro., 71p.

Henshaw S.K. *et al.*, 2008, «Severity and Cost of Unsafe Abortion Complications Treated in Nigerian Hospitals», International Family Planning Perspectives 34(1): 40-50.

—, 1998, «The Incidence of Induced Abortion in Nigeria», International Family Planning Perspectives 24 (4): 156-164.

—, 1999a, «The Incidence of Abortion Worldwide», International Family Planning Perspectives 25(Supplement): S30-S38.

—, 1999b, «Recent trends in Abortion rates worldwide», International Family Planning Perspectives 25 (1): 44 – 48.

Hessini L., 2005, «Global Progress in Abortion Advocacy and Policy: An Assessment of the Decade since ICPD», Reproductive Health Matters 13(25): 88-100.

—, 2007, «Abortion and Islam: Policies and Practice in the Middle East and North Africa», Reproductive Health Matters 15(29): 75-84.

Hewett P.C. *et al.*, 2004a, «The feasibility of computer-assisted survey interviewing in Africa: Experience from two rural districts in Kenya.», Social Science Computer Review 22(3): 319-334.

—, 2004b, «Consistency in the reporting of sexual behavior by adolescent girls in Kenya: A comparison of interviewing methods», Sexually Transmitted Infections 80(Supplement 2): ii43-ii48.

Hoffmeier J.K., 1994, L'Avortement : enjeux théologiques et éthiques : une étude présentée par seize spécialistes chrétiens, Québec: Éditions la Clairière, 228 p.

Hord C.E. *et al.*, 2006, «Unsafe abortion in Africa: an overview and recommendations for action», Pp. 115-149 in *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action*, Ina K. Warriner et Iqbal H. Shah (Eds). New York, Guttmacher Institute 243p.

Jagwe-Wadda G. *et al.*, 2006, «Abortion Morbidity in Uganda: Evidence from Two Communities» *Occasional Report N° 26*, New York, Guttmacher Institute, 58p.

James W.H., 1969, «The causes of induced abortion», Population Studies 23(1): 105-109.

Johnson-Hanks J., 2002, «The lesser shame: abortion among educated women in southern Cameroon», Social Science & Medicine 55(8): 1337-1349.

Johnson B.R. *et al.*, 2002, «Reducing Unplanned Pregnancy and Abortion in Zimbabwe through Postabortion Contraception», Studies in Family Planning 33(2): 195-202.

Johnston H.B., 1999. «Induced Abortion in the Developing World : Evaluating an indirect estimation technique», School of Hygiene and public health, *thèse de doctorat soumise à* Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland. 241 p.

Johnston H.B. et Hill K.H., 1996, «Induced Abortion in the Developing World: Indirect Estimates», International Family Planning Perspectives 22(3): 108-114 & 137.

Jolly C.L. et Gribble J.N., 1996, «Les déterminants proches de la fécondité», Pp. 71-117 in *Changements démographiques en Afrique sub-saharienne*, Karen A. Foote *et al.* (Eds). Paris, Institut National d'Etudes Démographiques coll. Travaux et documents, cahier 135.

Jones R.K. et Kost K., 2007, «Underreporting of induced and spontaneous abortion in the United States: An analysis of the 2002 National Survey of Family Growth», Studies in Family Planning 38(3): 187-197.

Kampatibe N. et Mensah E., 1996, «Avortement à risque et planification familiale au Togo», African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health 1(1): 77-78.

Kay B.J. *et al.*, 1997, «An Analysis of the Cost of Incomplete Abortion to the Public Health Sector in South Africa», South African Medical Journal 87(4): 442-447.

Kennedy P., 2003, A guide to econometrics, Cambridge, Mass.: MIT Press, 5th, xiii, 623 p.

Kimport K. *et al.*, 2011, «Social Sources of Women's Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women's Abortion Narratives», Perspectives on Sexual and Reproductive Health 43(2): 103–109.

Kotokou K., 1991. «Identification des facteurs qui influencent l'acceptation des méthodes contraceptives à Lomé» présenté à *la séance 3: L'impact des actions et des programmes en matière de santé et de planification familiale du Séminaire international ENSEA-ORSTOM: "Croissance démographique et stratégie de développement en Afrique"*, Abidjan, 22p.

Kouwonou K., 1999, «Famille et Procréation au Sud-Est Togo: De nouvelles stratégies. Une analyse textuelle des entretiens de groupe», Les dossiers du Ceped n°55: 50.

Kuate-Defo B., 2000, «L'évolution de la nuptialité des adolescentes au Cameroun et ses déterminants», Population (French Edition) 55(6): 941-973.

Lara D. *et al.*, 2004, «Measuring Induced Abortion in Mexico: A Comparison of Four Methodologies», Sociological Methods & Research 32(4): 529-558.

Leke R.J.I., 1998, «Les adolescents et l'avortement», Pp. 297-306 in *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique : avec une attention particulière sur le Cameroun*, Barthélémy Kuate-Defo (Eds). Montréal, Ediconseil Inc. 394p.

Leridon H., 2002, «Les facteurs de la fécondabilité et du temps mort», Pp. 191-209 in *Démographie : analyse et synthèse, vol II, Les déterminants de la fécondité*, Graziella Caselli *et al.*, INED 460p.

Lithur N.O., 2004, «Destigmatising Abortion: Expanding Community Awareness of Abortion as a Reproductive Health Issue in Ghana», African Journal of Reproductive Health 8(1): 70-74.

Locoh T., 1984, «Fécondité et familles en Afrique de l'ouest. Le Togo méridional contemporain», Travaux et Documents, Cahier n°107, Paris, Institut National d'Études Démographiques (INED) / Presses Universitaires de France 182p.

—, 1989, «Changement social et situation matrimoniale : les nouvelles formes d'union à Lomé», Dossiers et recherches de l'INED, n°29, Paris, Institut National d'Études Démographiques (INED) / Presses Universitaires de France, 32p.

—, 1993, «Débuts de la transition de la fécondité et mutations familiales en milieu urbain africain : le cas de Lomé (Togo)», Pp. 175-196 in *Population, reproduction, sociétés. Perspectives et enjeux de démographie sociale. Mélanges en l'honneur de Joel W. Gregory*, Dennis D. Cordell *et al.* (Eds). Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal

—, 1994, «Will the decline in fertility in Sub-saharan Africa last? A time of uncertainty», Pp. 105-133 in *the onset of fertility transition in Sub-saharan Africa*, Thérèse Locoh et Véronique Hertrich (Eds). Liège, IUSSP, Derouaux Ordina Editions 308p.

—, 2003, «Baisse de la fécondité et Mutations Familiales en Afrique Sub-Saharienne», Pp. 129-158 in *Questions de population au Mali*, Véronique Hertrich et Këïta Seydou (Eds). Bamako, Mali, Le Figuier/ UNFPA-Mali 293p.

Major B. *et al.*, 2000, «Psychological responses of women after first-trimester abortion», Archives of general psychiatry 57(8): 777-784.

Marguerat Y., 1992, Lomé: les étapes de la croissance : une brève histoire de la capitale du Togo, Lomé Paris: Éditions Haho ; Karthala, 64 p.

Mate R., 2002, «Wombs as God's Laboratories: Pentecostal Discourses of Femininity in Zimbabwe», Africa: Journal of the International African Institute 72(4): 549- 568.

Mensch B.S. *et al.*, 2006, «The changing context of sexual initiation in sub-saharan africa», Population and Development Review 32(4): 699-727.

—, 2008, «Sexual Behavior and STI/HIV Status Among Adolescents in Rural Malawi: An Evaluation of the Effect of Interview Mode on Reporting», Studies in Family Planning 39(4): 321-334.

Mfitzsche R.M., 1998, Enjeux éthiques de la régulation des naissances en Afrique : sexualité, fécondité, développement, Louvain-la-Neuve: Actuel, 165 p.

Misago C. et Fonseca W., 1999, «Determinants and medical characteristics of induced abortion among poor urban women in North-east Brazil», Pp. 217-227 in *Abortion in the developing world*, Axel I. Mundigo *et al.* (Eds). London, Zed Books 498p.

Mpangile G.S. *et al.*, 1993, «Factors Associated with Induced Abortion in Public Hospitals in Dar es Salaam, Tanzania», Reproductive Health Matters 1(2): 21-31.

Mundigo A.I., 1992, «Mortality and morbidity due to induced abortion», Pp. 201-223 in *Measurement of maternal and child mortality, morbidity and health care: interdisciplinary approaches*, J. Ties Boerma (Eds). Belgium, Derouaux Ordina Editions 427 p.

—, 1999, «Research methodology: Lessons learnt», Pp. 465-476 in *Abortion in the developing world.*, Alex I. Mundigo et Cynthia Indriso (Eds). New Dehli, OMS 498p.

—, 2006, «Determinants of unsafe induced abortion in developing countries», Pp. 51-71 in *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action*, Ina K. Warriner et Iqbal H. Shah (Eds). New York, Guttmacher Institute 243p.

N'bouke A. *et al.*, 2010a, «Facteurs associés au recours à l'avortement à Lomé (Togo) : analyse d'une séquence d'étapes menant à l'avortement», Article 2 de la thèse intitulée *Recours à l'avortement provoqué à Lomé (Togo) : évolution, facteurs associés et perceptions*, Université de Montréal, 24p.

—, 2010b, «Recours à l'avortement à Lomé (Togo) : son évolution et son rôle dans la réduction de la fécondité potentielle», Article 1 de la thèse intitulée *Recours à*

l'avortement provoqué à Lomé (Togo) : évolution, facteurs associés et perceptions, Université de Montréal, 21p.

Nations Unies, 1979, «Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes» Nations Unies, 14p.

—, 1994, «Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement» Le Caire, Nations Unies, 170p.

—, 1996, «Rapport de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes. Beijing, 4-15 septembre 1995» *245*, Nations Unies, 239p.

Okonofua F., 1997, «Preventing Unsafe Abortion in Nigeria», african Journal of Reproductive Health 1(1): 25-36.

Okonofua F.E. *et al.*, 2009, «Perceptions of Policymakers in Nigeria Toward Unsafe Abortion and Maternal Mortality», International Perspectives on Sexual and Reproductive Health 35(4): 194-202.

—, 1999, «Assessing the Prevalence and Determinants of Unwanted Pregnancy and Induced Abortion in Nigeria», Studies in Family Planning 30(1): 67-77.

Olukoya P., 2004, «Reducing Maternal Mortality from Unsafe Abortion among Adolescents in Africa», African Journal of Reproductive Health 8(1): 57-62.

Ouédraogo C. et Pictet G., 2001, «La pilule est-elle une alternative à l'avortement en milieu rural africain ?» *Les Travaux de l'UERD n° 10*, Ouagadougou, Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie (UERD) de l'université de Ouagadougou, 55p.

Oye-Adeniran B.A. *et al.*, 2004a, «Characteristics of abortion care seekers in South-Western Nigeria», African Journal of Reproductive Health 8(3): 81-91.

—, 2005, «Induced abortion in Nigeria: Findings from focus group discussion», African Journal of Reproductive Health 9(1): 133-141.

—, 2004b, «Advocacy for Reform of the Abortion Law in Nigeria», reproductive Health Matters 12(24 Supplement): 209-217.

Pallikadavath S. et Stones R.W., 2006, «Maternal and Social Factors Associated with Abortion in India : A Population–Based Study», International Family Planning Perspectives 32 (3): 120-125.

Plummer M.L. *et al.*, 2008, «Aborting and suspending pregnancy in rural Tanzania: An ethnography of young people's beliefs and practices», Studies in Family Planning 39(4): 281-292.

PRB, 2005, «Les femmes de notre monde» *poster*, Washington DC, Population Reference Bureau, 12p.

Rabe-Hesketh S. et Skrondal A., 2008, Multilevel and longitudinal modeling using Stata, College Station, Texas: Stata Press, Second Edition, xxxiii, 562 p.

Randall S. et Legrand T., 2003, «Stratégies reproductives et prise de décision au Sénégal: Le rôle de la mortalité des enfants», Population 58(6): 773-805.

Rasch V. et Lyaruu M.A., 2005, «Unsafe abortion in Tanzania and the need for involving men in postabortion contraceptive counseling», Studies in Family Planning 36(4): 301-310.

Renne E.P., 1996, «The Pregnancy That Doesn't Stay: The Practice and Perception of Abortion by Ekiti Yoruba Women», Social Science & Medicine 42(4): 483-494.

Rossier C., 2003, «Estimating Induced Abortion Rates : A Review», Studies in Family Planning 34(2): 87-102.

—, 2005. «Avortement provoqué et baisse de la fécondité en Afrique de l'Ouest» présenté à *la conférence virtuelle sur la régulation de la fécondité en Afrique:Transformations et différenciations au tournant du XXIe siècle*, 10-14 octobre, 18p.,

—, 2006, «L'avortement : un secret connu de tous ? Accès aux services d'avortement et implication du réseau social au Burkina Faso », Sociétés contemporaines 61(1): 41-64.

—, 2007, «Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso», Demographic Research 17(2): 23-58.

—, 2009, «Quantifier les avortements clandestins : un état de la recherche», pp. 383-403, in *Chaire Quetelet 2004 : Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action*, Catherine Gourbin, avec la collaboration de Godelieve Masuy-Stroobant et al. ; Louvain la Neuve, Les Presses Universitaires de Louvain, 504p.

Rossier C. *et al.*, 2005. «Modeling Abortion as a Process, with an Application to French Survey Data» présenté à *The European Population Conference*, August 27-29, 2003, Warsaw, 36p.

—, 2006, «Estimating clandestine abortion with the confidants method - results from Ouagadougou, Burkina Faso», Social Science & Medicine 62(1): 254–266.

—, 2007, «Modeling the process leading to abortion: An application to French Survey Data», Studies in Family Planning 38(3): 163-172.

—, 2001. «Is Modern Contraception the Same as Induced Abortion? Discourses on Different Forms of Birth Control and Visions of Reproduction in Rural Burkina Faso» présenté à *Seminar on the Production and Circulation of Population Knowledge*, March 20-24 2001, Brown University, population Studies and Training Center, Providence, 37p.

Schuster S., 2005, «Abortion in the moral world of the Cameroon grassfields», Reproductive Health Matters 13(26): 130-138.

Sedgh G. *et al.*, 2007a, «Induced abortion: estimated rates and trends worldwide», Lancet 370(9595): 1338–1345.

—, 2007b, «Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method» *Occasional Report*, New York, Guttmacher Institute, N° 37, 80p.

Shah I.H. et Ahman E., 2004, «Age patterns of unsafe Abortion in developing country regions», Reproductive Health Matters 12(24 Supplement): 9-17.

Silberschmidt M. et Rasch V., 2001, «Adolescent girls, illegal abortions and ‘‘sugar-daddies’’ in Dares Salaam: vulnerable victims and active social agents», Social Science & Medicine 52(12): 1815-1826.

Singer J.D. et Willett J.B., 2003, Applied Longitudinal Data Analysis: Modeling Change and Event Occurrence, New York: Oxford University Press, 644 p.

Singh S. *et al.*, 1997, «Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh», International Family Planning Perspectives 23 (3): 100-107 & 144.

—, 2006, «Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala», International Family Planning Perspectives 32 (3): 136-145.

Singh S. et Wulf D., 1994, «Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries», International Family Planning Perspectives 20 (1): 4-13.

Singh S. *et al.*, 2009, «AbortionWorldwide: A Decade of Uneven Progress» New York, Guttmacher Institute, 65p.

Speizer I.S. *et al.*, 2004, «Evaluation of the ATBEF Youth Centre in Lome, Togo», African Journal of Reproductive Health 8(3): 38-54.

Stevans L.K. *et al.*, 1992, «The abortion decision: a qualitative choice approach», Social Indicators Research 27: 327-344.

Strickler J. et Danigelis N.L., 2002, «Changing frameworks in attitudes toward abortion», Sociological Forum 17(2): 187-201.

Svanemyr J. et Sundby J., 2007, «The social context of induced abortions among young couples in Côte d'Ivoire», African Journal of Reproductive Health 11(2): 13-23.

Teichman Y. *et al.*, 1993, «Emotional Distress in Israeli Women Before and After Abortion», American Journal of Orthopsychiatry 63(2): 277–288.

Thiriat M.-P., 1998, Faire et défaire les liens du mariage. Évolution des pratiques matrimoniales au Togo, Paris: Centre français sur la population et le développement, 295 p.

Tietze C. et Henshaw S.K., 1986, Induced abortion : a world review, 1986, New York, N.Y.: Alan Guttmacher Institute, 6th, viii, 143 p.

Turki R. *et al.*, 2002, «Femmes migrantes ou issues de l'immigration maghrébine: un rapport spécifique à la contraception?», Pp. 303-336 in *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*, Nathalie Bajos *et al.* (Eds). Paris, INSERM 348p.

Union Africaine, 2003, «Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique» 11 juillet 2003 à Maputo (Mozambique), 2ème session ordinaire de la Conférence de l'Union, 22p.

United Nations, 2007. «World abortion policies (wall chart)»: United Nations, / Department of economic and social affairs / Population division.

URD, 2004a, «Analyse de la situation en santé de la reproduction au Togo» Lomé, Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé, Fascicule 2 : principaux résultats de l'enquête dans les ménages, 120p.

—, 2004b, «Analyse de la situation en santé de la reproduction au Togo» Lomé, Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé, Fascicule 1 : résultats de l'enquête dans les formations sanitaires, 73p.

URD et DGSCN, 2001, «Avortement au Togo - Famille, migrations et urbanisation au Togo. Fascicule 2 : Résultats de l'enquête quantitative» Lomé, Unité de Recherche

Démographique/Université du Bénin ; Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, 13p.

URD et OMS, 2002a, «Enquête sur la Planification Familiale et l'Avortement Provoqué à Lomé (EPAP, 2002)», Manuel d'instructions aux agents enquêteurs, Lomé, Unité de Recherche Démographique/Université du Bénin, 31p.

—, 2002b, «Mesure de l'impact de l'avortement sur la réduction de la descendance des femmes à Lomé», Résumé du projet, Lomé, Unité de Recherche Démographique/Université du Bénin, 11p.

Uygur D. et Erkaya S., 2001, «Reasons why women have induced abortions in a developing country (Zübeyde Hanim maternity hospital, Ankara, Turkey)», European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology 96(2): 211-214.

Van De Walle E. et Van De Walle F., 1991, «Breastfeeding and popular aetiology in the Sahel», Health transition review 1(1): 1-12.

Varga C.A., 2002, «Pregnancy termination among South Afriacan Adolescents», Studies in Family Planning 33(4): 283-298.

Vignikin K., 2007. «Les facteurs de la contraception au Togo. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998» Pp. 44 in *Les numériques du CEPED*, edited by William Molmy et Morgane Macé. Paris: Centre Population et Développement.

Vignikin K. et Adjiwanou V., 2004, «Impact de l’avortement provoqué sur la descendance des femmes a Lomé» Togo, Unité de Recherche Démographique/Université du Bénin, basé sur les résultats de l’Enquête sur la Planification et l’Avortement Provoqué à Lomé de 2002 (EPAP), 34p.

Vignikin K. *et al.*, 2005. «La régulation de la fécondité au Togo : l’effet de l’urbanisation et de l’instruction» présenté à *la conférence virtuelle sur la régulation de la fécondité en Afrique : Transformations et différenciations au tournant du XXIe siècle*, Gripps et Lped, 10-14 octobre, 24p.

Wall S.N. *et al.*, 1999, «Gender Role and Religion as Predictors of Attitude Toward Abortion in Croatia, Slovenia, the Czech Republic, and the United States», Journal of Cross-Cultural Psychology 30(4): 443-465.

Wang G.-Z., 2004, «Social and cultural determinants of attitudes toward abortion: a test of Reiss’ hypotheses», The Social Science Journal 41: 93-105.

Warren J.T. *et al.*, 2010, «Do Depression and Low Self-Esteem Follow Abortion Among Adolescents? Evidence from a National Study», Perspectives on Sexual and Reproductive Health 42(4): 230–235.

Warriner I.K. et Shah I.H., 2006, «Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action» New York, Guttmacher Institute,

Webb D., 2000, «Attitudes to 'Kaponya Mafumo': the terminators of pregnancy in urban Zambia», Health policy and planning 15(2): 186–193.

Westoff C.F. et Bankole A., 2000, «Trends in the demand for family limitation in developing countries», International Family Planning Perspectives 26(2): 56-62+97.

Woog V. *et al.*, 2007, «A review of the evidence on the cost of postabortion care in Africa», Pp. 40-64 in *Fertility regulation behaviors and their costs: Contraception and Unintended Pregnancies in Africa and Eastern Europe & Central Asia*, Elizabeth Lule *et al.* (Eds). Washington, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 154p.

World Health Organization, 2004, Unsafe abortion : Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, Geneva: World Health Organization, Fourth edition, 82 p.

—, 2007, Unsafe abortion : Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, Geneva: World Health Organization, Fifth edition, 55 p.

—, 2011, Unsafe abortion : Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, Geneva: World Health Organization, Sixth edition, 57 p.

Yam E.A. *et al.*, 2006, «Abortion opinion research in Latin America and the Caribbean: A review of the literature», Studies in Family Planning 37(4): 225-240.

Zabin L.S. et Kiragu K., 1998, «The Health consequences of adolescent sexual and fertility behaviour in Sub-Saharan Africa», Studies in Family Planning 29 (2): 210-232.

Zamudio L. et Rubiano N., 2000, «Effet de l'avortement volontaire sur la réduction de la descendance en Colombie», Pp. 235-250 in *Maîtrise de la fécondité et Planification familiale au Sud*, M. Pilon et A. Guillaume (Eds). Paris, Editions de l'IRD, 2001 321p.

Zamudio L.C. *et al.*, 1999, «The incidence and social and demographic characteristics of abortion in Colombia», Pp. 407–446 in *Abortion in the developing world*, Alex I. Mundigo et Cynthia Indriso (Eds). New Delhi, World Health Organization 498p.

Références des cartes

Carte du Togo

http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/gif/togo-3.gif

Carte de Lomé

http://www.togo-confidentiel.com/texte/Info&Service/Lom%E9_et_sites.htm

Annexes générales de la thèse

Annexe 1 : Quelques définitions

Encadré 1 : Définition de l'avortement

D'après la définition du dictionnaire médical, « l'avortement est l'expulsion hors de l'utérus de l'embryon ou du fœtus causant la mort de celui-ci ». Selon l'action menée pour le provoquer, l'avortement peut être spontané ou provoqué.

- L'avortement spontané, encore appelé « fausse couche », est défini dans l'encyclopédie médicale comme étant l'expulsion non provoquée du produit de conception avant le terme de 28 semaines d'aménorrhée, soit moins de 6 mois après la fécondation ou moins de 180 jours de grossesse. D'après l'OMS, l'avortement est l'expulsion de produits ovulaires pesant moins de 500 grammes, alors que pour Heffner (2003), l'avortement spontané est une perte de la grossesse avant la 20ème semaine de gestation.
- L'avortement provoqué ou l'Interruption volontaire de grossesse (IVG) désigne l'acte effectué à la demande d'une femme non désireuse de sa grossesse. L'Interruption médicale de grossesse (IMG) est un acte provoqué pour des raisons médicales, telles qu'un danger de la grossesse pour la mère ou des malformations graves et incurables pour le fœtus.

Le dictionnaire médical et l'encyclopédie médicale ont été consultés en octobre 2010 sur le site http://www.doctissimo.fr/index-ca.htm.

Encadré 2 : Définition de l'avortement à risque

Un avortement à risque ou un avortement non médicalisé est défini comme une procédure qui met fin à une grossesse non désirée, et qui est réalisée soit par des personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires, soit dans un environnement qui n'est pas conforme aux normes médicales minimales, ou les deux (d'après la définition de l'OMS, citée par Guttmacher Institute, octobre 2009). http://www.guttmacher.org/presentations/2007/10/10/AWWtrends.pdf

Encadré 3 : Définition et calcul des indices de Whipple et de Myers

Plusieurs indices permettent de mesurer la qualité des distributions par année d'âge (Gendreau, 1993). Toutefois, les deux plus utilisés sont l'indice de Whipple et l'indice de Myers.

Indice de Whipple :

On le calcule en divisant l'effectif des âges, se terminant par 0 et 5, par l'effectif total des femmes de 15-49 ans, et en multipliant le résultat par 5.

$$W = 5 * \frac{P_{15} + P_{20} + P_{25} + ... + P_{45}}{\sum_{x=15}^{49} P_x}$$

Si W=0, il y a répulsion totale pour les âges se terminant par 0 et 5 ;
Si W=1, il n'y a aucune attraction sur 0 et 5 ;
Si $0<W<1$, il y a répulsion ;
Si W=5, il y a une attraction pour les âges se terminant par 0 et 5 ;
Si $1<W<5$, il y a attraction.

Indice de Myers :

Il mesure les préférences ou les répulsions pour chacun des 10 chiffres (de 0 à 9). Les étapes du calcul sont les suivantes :

- Faire la somme des effectifs pour chaque chiffre d'âge (0, 1, 2…9), d'une part pour les femmes âgées de 10 ans et plus ($P_0^{'}, P_1^{'}, ...P_9^{'}$), d'autre part pour les femmes âgées de 20 ans et plus ($P_0^{''}, P_1^{''}, ...P_9^{''}$) ;
- Pondérer ces sommes par des coefficients dont le total vaut 10 et additionner comme suit : $T_0 = 1 * P_0^{'} + 9 * P_0^{''}$; $T_1 = 2 * P_1^{'} + 8 * P_1^{''}$; … ; $T_9 = 10 * P_9^{'}$;
- Calculer le pourcentage de chaque T_i (effectif remanié) par rapport au total des T_i ;
- Calculer l'écart entre chacun de ces pourcentages et 10 qui est l'effectif théorique ;
- Calculer la somme des valeurs absolues de ces écarts : ce sera l'indice de Myers.

Cet indice est souvent compris entre 0 et 180. La valeur 0 traduit une absence d'attraction et de répulsion, et la valeur 180 traduit une attraction totale de tous les âges se terminant par un même chiffre ;

En l'absence de préférence et de répulsion pour un chiffre, les effectifs T_i « remaniés » par cumul de tous les effectifs des âges finissant par 0, 1, 2,…9 devraient être égaux à 10 % de l'effectif total remanié (écart=0) ;

Les chiffres qui ont un écart positif sont attractifs ;

Les chiffres qui ont un écart négatif sont répulsifs.

Annexe 2 : Texte de loi du 31 juillet 1920[39]

Loi du 31 juillet 1920 réprimant l'incitation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle. *Journal Officiel de l'Afrique Occidentale française, 1933, p.624*.

Article 1. Dans les colonies, pays de protectorat et territoire sous mandat du Togo et du Cameroun, sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 24 000 à 720 000 francs quiconque :

- soit par des discours proférés dans des lieux ou des réunions publiques ;
- soit par la vente, la mise en vente ou l'offre même non publique ou par l'exposition, l'affichage ou la distribution sur la voie publique ou dans les lieux publics, ou à tout agent de distribution ou de transport, de livres, d'écrits, d'imprimés, d'annonces, d'images et emblèmes ;
- soit par la publicité de cabinets médicaux ;

aura provoqué un (crime) d'avortement, alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet.

Article 2. Sera puni des mêmes peines quiconque aura vendu, mis en vente ou fait vendre, distribué ou fait distribuer, de quelque manière que ce soit, des remèdes, substances, instruments ou objets quelconques destinés à commettre le (crime) d'avortement, lors même que cet avortement n'aurait été ni consommé ni tenté et alors même que ces remèdes, substances, instruments ou objets quelconques proposés comme moyens d'avortement efficaces seraient en réalité inaptes à réaliser un avortement.

Article 3. Sera puni d'un mois à six mois de prison et d'une amende de 24 000 à 1 200 000 francs, quiconque dans un but de propagande anticonceptionnelle aura, par un des moyens spécifiés aux articles 1 et 2 du présent décret ou divulgué ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou encore à faciliter l'usage de ces procédés.
Les mêmes peines seront applicables à quiconque se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité, soit par des discours, cris ou menaces proférés dans les lieux ou réunions publiques, soit par des écrits, des réunions publiques, soit par des placards ou affiches exposées au regard du public.

Article 4. Seront punies des mêmes peines la vente, la mise en vente ou l'offre publique de remèdes secrets, lorsque les remèdes secrets sont désignés par les étiquettes, les annonces

[39] Extrait de la thèse de doctorat en démographie présentée par Kodjopatapa Amegee en 1999.

ou tout autre moyen comme jouissant des vertus spécifiques préventives de la grossesse, alors même que l'indication de ces vertus ne serait que mensongère.

Article 5. Lorsque l'avortement aura été consommé à la suite des manœuvres ou des imprimés vendus ou distribués, mis en ventes ou exposés dans des lieux ou pratiques prévues à l'article 2 du présent décret, les dispositions de l'article 317 du code pénal seront appliquées aux auteurs des dites manœuvres ou pratiques.

Article 6. L'article 463 du Code pénal est applicable aux délits ci-dessus spécifiés.

Article 7. La présente loi est applicable à l'Algérie et aux autres colonies (…).

Annexe 3 : Texte de loi du 16 mai 1984

Loi ***n° 84-14 du 16 mai 1984*** relative à la protection des filles et garçons régulièrement inscrits dans un établissement d'enseignement ou dans un centre de formation professionnelle. *Journal Officiel de la République Togolaise, numéro spécial (29ème année n° 14) du 17 mai 1984*. L'Assemblée nationale a délibéré et adopté ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article premier. Quiconque aura mis enceinte une fille régulièrement inscrite dans un établissement d'enseignement ou dans un centre de formation professionnelle, sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de deux cents mille à cinq cents mille francs.

Article 2. Les peines prévues à l'article précédent sont également applicables à quiconque aura été reconnu comme entretenant des rapports sexuels suivis avec une fille ou un garçon régulièrement inscrits dans un établissement d'enseignement ou dans un centre de formation professionnelle.

Article 3. Si le coupable est une personne ayant autorité sur la fille ou le garçon, les peines prévues à l'article 1er seront portées au double.

Article 4. Quiconque par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une fille enceinte, régulièrement inscrite dans un établissement d'enseignement ou dans un centre de formation professionnelle, sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 500 000 à 1 000 000 de francs.

Article 5. Les sanctions prévues aux articles 1er et 2 sont également applicables à toute personne qui, pour se soustraire aux dispositions de la présente loi, aura éloigné ou tenté d'éloigner la fille enceinte ou le garçon de l'établissement ou du centre de formation professionnelle.

Article 6. La présente loi sera publiée au *Journal officiel* de la République togolaise et exécutée comme loi de l'État.

Lomé, le 16 mai 1984

Annexe 4 : Texte de loi du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction

Chapitre 3 du Titre IV de la loi ***n° 2007- 005 du 10 janvier 2007***, concernant l'interruption volontaire de grossesse. L'Assemblée nationale a délibéré et adopté ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 42. L'interruption volontaire de grossesse ne saurait en aucun cas être considérée comme une méthode contraceptive.
L'interruption volontaire de grossesse n'est autorisée que sur prescription d'un médecin et dans les cas suivants :

- lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme enceinte ;
- à la demande de la femme, lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'une relation incestueuse ;
- lorsqu'il existe, au moment du diagnostic une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité.

Dans ce dernier cas, le médecin traitant a l'obligation d'informer le couple qui prendra ou non la décision d'interrompre la grossesse.
Le couple, pour prendre sa décision, peut se référer à l'avis d'un collège de médecins qu'il aura sollicité.
Article 43. L'interruption volontaire de grossesse dans les cas prévus à l'article précédent ne peut se faire que dans un centre hospitalier public ou privé ayant la logistique appropriée.
Elle ne peut se faire que par un personnel qualifié ayant des compétences reconnues officiellement par l'État pour la pratique de ce genre d'intervention.
Article 44. Tout auteur, coauteur et complice d'une tentative d'interruption ou d'une interruption volontaire d'une grossesse dans des conditions autres que celles prévues par la présente loi seront punis d'un (01) à cinq (05) ans d'emprisonnement et de cinq cent mille (500 000) à un million cinq cent mille (1 500 000) FCFA d'amende.
En cas d'invalidité grave et permanente, la peine sera portée au double.
En cas de mort de la victime, la peine sera de cinq (05) à dix (10) ans de réclusion et d'une amende d'un million (1 000 000) à trois millions (3 000 000) FCFA.

Article 45. Les dispositions de la présente loi abrogent celles de la loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.
Article 46. La présente loi sera exécutée comme loi de l'État.

Délibéré et adopté, le 22 décembre 2006.

Annexe 5 : Objectifs de l'EPAP[40]

L'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP) a pour objectif général de mesurer l'impact de l'avortement sur les niveaux de fécondité enregistrés à Lomé, d'étudier les conditions et les circonstances du recours à l'avortement auprès des femmes de Lomé. Il s'agira également d'étudier les raisons qui amènent les femmes à pratiquer un avortement. L'EPAP est une enquête très délicate.
Ses objectifs spécifiques sont les suivants :

- Étudier le profil des femmes qui recourent à l'avortement en les distinguant de celui des autres femmes selon leurs caractéristiques socio-économiques et la période de leur vie féconde au cours de laquelle il intervient ;
- Cerner les raisons qui poussent les femmes à avorter et voir s'il s'agit d'une façon de différer son entrée en vie féconde, de limiter ou d'espacer les naissances ;
- Cerner le rôle de la femme et de son partenaire dans la décision d'avorter mais aussi dans la prise en charge de cet acte du point de vue sanitaire et financier ;
- Analyser les relations entre la pratique de la planification familiale et l'avortement. S'agit-il de pratiques exclusives ou complémentaires ? La déficience ou l'absence d'offre de planification familiale sont-elles déterminantes dans le recours à l'avortement ?
- Analyser l'état de l'offre de planification familiale pour comprendre le rôle des personnels de santé dans ces prestations (pourquoi les femmes ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale) ;
- Enfin, étudier les services offerts en matière d'avortement sur le plan de la prise en charge afin de comprendre comment s'articule le rôle et l'efficacité des prestataires dans ce domaine et comment s'articule l'offre entre service public, secteur privé et réseau informel dans le cadre de pratiques essentiellement clandestines.

[40] Extraits du document du projet « Mesure de l'impact de l'avortement sur la réduction de la descendance des femmes à Lomé » et du manuel d'instructions aux agents enquêteurs de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué à Lomé (EPAP).

Annexe 6 : Canevas des discussions de groupes et guides des entretiens

MESURE DE L'IMPACT DE L'AVORTEMENT SUR LA REDUCTION DE LA DESCENDANCE DES FEMMES A LOME : VOLET QUALITATIF

Canevas de discussion FOCUS GROUP

Déf. : L'avortement provoqué peut être défini comme des manœuvres délibérées visant à interrompre une grossesse.

1 - Quand peut-on dire qu'une femme/jeune fille a procédé à un avortement provoqué ?

2 – Certaines femmes se font avorter par elles-mêmes, tandis que d'autres femmes font appel à des spécialistes pour se faire avorter. Que pensez-vous de ces pratiques ?

ANIMATEUR

- Risques ou dangers encourus : infection, stérilité, décès, etc.
- Quels spécialistes par exemple ? (Personnel médical, tradithérapeutes, etc.)
- Dans quels endroits se rendent-elles pour se faire avorter ? (maison, hôpital, clinique, cabinet médical, etc.)]

3 - Selon vous quelles sont les raisons qui peuvent pousser une femme à décider de mettre fin à la grossesse qu'elle porte ?

ANIMATEUR :

[GJ[1] – quelles raisons pour les femmes adultes en union ; les femmes adultes non en union ;
GNJ[2] – Pensez-vous que les adolescentes ont des raisons différentes de celles que vous venez d'énumérer pour mettre fin à une grossesse ? Si oui, citez-les.
Raisons types :
***[Economique** :(Insuffisance de revenus, convoitise de partenaire plus aisé/riche), **Convenance personnelle** : (poursuite des études, refus du partenaire à assumer la paternité, etc),**Socioculturelle** : (scandale, fruit d'un adultère, inceste), **Planification familiale** : (, espacement des naissances, limitation des naissances), Conjugale/nuptiale :]*

4 – Quelles sont, selon vous, les conséquences d'un (ou de plusieurs) avortement sur la personne qui se fait avorter ?

***ANIMATEUR** : [morale, physique, sociale (préciser et détailler chaque type de conséquences)]*

5 - L'avortement a toujours été un sujet à polémique de par le monde. Il existe des pays où l'avortement est un acte légal et d'autres pays où il ne l'est pas. Quel est votre opinion sur la question ?

ANIMATEUR :

- Avortement acte légal : y aurait-il des avantages ? Lesquels ; Des inconvénients ? Lesquels ?
- Avortement acte illégal : y aurait-il des avantages ? Lesquels ; Des inconvénients ? Lesquels ?

6 - La femme est celle qui porte la grossesse, cependant dans la pratique, elle n'est pas seule responsable de l'enfant. Selon vous comment se fait la décision d'avorter ?

ANIMATEUR :

- *La décision d'avorter est-elle personnelle ?, Secrète ? Concertée?*
- *Quel est le rôle du partenaire dans le processus d'avortement ?*

---
[1] GJ : Groupe de jeunes
[2] GNJ : Groupe de non jeunes

- *Les parents biologiques du "couple" interviennent-ils dans la décision d'avorter ? [père et/ou mère de l'homme ; père et/ou mère de la femme; Dans quel cas et en quoi faisant ?].*
- *Pouvez-vous nous parler de l'attitude de la grande famille* (grands-parents, oncles, tantes, *cousins, cousines, etc.) face à un cas d'avortement de l'une des leurs ?*
- *Comment réagit la communauté lorsqu'un de ses membres femmes s'adonne à la pratique de l'avortement ? [Les voisins, les collègues, les camarades, les ami(e)s, etc.]*

7 - On raconte que les mères amènent de plus en plus leurs filles pour les faire avorter. Que pensez-vous de telles pratiques ?

8 – Certains disent que ce sont les jeunes filles et les femmes non mariées qui pratiquent le plus l'avortement, d'autres pensent que ce sont plutôt les femmes en union qui avortent le plus. Qu'en pensez-vous ?

9 - Quelles précautions pensez-vous que les femmes devraient prendre afin d'éviter d'avoir recours à l'avortement ?

ANIMATEUR : [*Les amener à parler de Planification familiale ; de l'éducation sexuelle des jeunes, etc.]*

10 – Que pensez-vous de l'utilisation de l'avortement comme méthode d'espacement et/ou limitation des naissances ?

11 – L'avortement constitue – t – il une épreuve ou un acte banal pour vous ? Justifiez-vous.

ANIMATEUR : [*Oh ! , c'est rien du tout, tu vas voir le médecin aujourd'hui il te l'enlève et quelques jours après nous pouvons encore faire l'amour*].

12 - Les gens évoquent la non accessibilité de la contraception comme raison pour recourir à l'avortement ? Qu'en dites-vous ?

ANIMATEUR : [*Essayer également de leurs faire parler de leurs positions personnelles*
- *Accessibilité matérielle : disponibilité des méthodes*
- *Accessibilité financière : disponibilité de fonds pour se procurer la méthode de son choix*
- *Acceptabilité de la pratique : rejet de la contraception pour des raisons religieuses ; opposition de l'un ou l'autre des deux partenaires*]

QUESTION DE CLOTURE :

Au nom de l'OMS et l'URD, je voudrais vous remercier une fois encore pour votre disponibilité. Notre entretien tire à sa fin, mais avant de nous séparer, quel conseil avez vous à l'endroit de nos sœurs de Lomé ou du Togo ?

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL POUR PERSONNEL DE SANTÉ - GYNECO

QUEST 1 :
Q : Vous êtes dans une structure qui s'occupe des femmes et des problèmes relatifs à la procréation. Donc, cela signifie que vous avez quotidiennement affaire à la gent féminine pour diverses questions relatives à la santé reproductive. Bon, quel type de prise en charge est prévu par votre service pour les cas de complication d'avortement provoqué ?

QUEST 2 :
Q : D'accord. Merci beaucoup. La deuxième question, elle est la suivante : Si vous avez déjà eu à gérer des cas de complications d'avortement provoqué, pouvez-vous nous raconter en détail un cas sans bien sûr citer un nom ?

QUEST 3 :
Q : D'accord, merci. Bon, en dehors du cas que vous venez de nous raconter, quels sont les autres types de complications ou bien les autres formes de dangers auxquels peuvent s'exposer les femmes qui se livrent à des avortements provoqués ?

QUEST 4 :
Q : Vu tout cela, quelles suggestions faîtes vous personnellement pour l'amélioration de la prise en charge des femmes ayant avorté ?

QUEST 6 :
Q : D'accord. Merci beaucoup. Maintenant, il y a une question qui vient et qui vous demande, que pensez-vous des avortements provoqués ? Est-ce que vous pouvez justifier votre point de vue ?

QUEST 7 :
Q : D'accord. Donc, on va venir tout de suite aux questions de la loi, mais il y a une question qui vient avant, et bon vous avez plus ou moins déjà répondu à ça mais on va aller un plus à fond. Euh, que pensez-vous des femmes qui avortent. Quels genres de femmes elles sont ?

QUEST 8 :

Q : D'accord. Bon merci beaucoup. Voici la dernière question. Il existe au Togo une loi qui interdit l'avortement provoqué. Que pensez-vous de cette loi ?

QUEST CLOTURE

Q : Merci beaucoup. Nous sommes à la fin de notre entretien, nous vous remercions au nom de l'OMS et de l'URD. Néanmoins, nous voudrions vous demander si, à part les questions que nous on a pu énumérer ici pour étudier le problème, est-ce que vous-même vous n'avez pas à cœur un aspect du problème que nous, on n'a pas pu mettre ici et qui pourrait nous aider aussi à approfondir le sujet ?

Q : Au nom de l'OMS et de l'URD, nous vous remercions encore.

FIN

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL POUR PERSONNEL DE SANTE- PF

QUEST 4 :

Q : Quelles suggestions faites-vous personnellement pour l'amélioration de la prise en charge des femmes ayant avorté ?

QUEST 5 :

Q : Merci Madame. Tout à l'heure, vous me parliez de certaines méthodes. Maintenant, je voudrais que me parliez exhaustivement : quelles sont les différentes méthodes que vous conseillez à vos clients en matière de planification familiale ?

QUEST 6 :

Q : Mais, je voudrais vous demander personnellement ce que vous pensez de l'avortement provoqué ?

QUEST 7 :

Q : Que pensez-vous des femmes qui avortent ? Quel genre de femmes sont-elles ?

QUEST 8 :

Q : Il existe une loi interdisant la pratique de l'avortement au Togo. Que pensez-vous de cette loi ?

QUEST DE CLOTURE :

Q : Nous venons de discuter d'un certain nombre de choses. Notre entretien touche justement à sa fin, mais j'aimerais vous demander si, il n'y a pas un point que vous aimeriez voir discuter qu'on aurait oublié dans notre canevas ?

Q : Merci Madame.

FIN